

UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
Facultatea de Psihologie
Departamentul de învăţământ la distanţă

MODUL:

PSIHOPATOLOGIE ŞI PSIHIATRIE

TUTOR: Prof. Univ. Dr. Mirela Manea

- 2014 -

CUPRINS



INTRODUCERE

1. Scopul şi obiectivele disciplinei

Materialul de studiu este adresat studenţilor din anul III de studiu ce urmează cursurile ID ale Facultăţii de Psihologie .
Scopul cursului este acela de a prezenta tulburările funcţiilor şi proceselor psihice, precum şi tulburările de personalitate. Cunoaşterea semnelor şi simptomelor tulburărilor psihice este necesară şi foarte importantă pentru formarea viitorilor psihologi, indiferent de specializarea pentru care vor opta (psihologie clinică, psihoterapie, psihologie organizaţională, consiliere şcolară, psihologia transporturilor şi a armatei etc.).

Obiective generale

1. Familiarizarea cu conceptele şi problematica psihopatologiei şi psihiatriei.
2. Analiza şi explorarea cadrului conceptual al psihopatologiei şi psihiatriei

Obiective specifice

1. Însuşirea de către studenţi a noţiunilor de semiologie psihiatrică (semnele şi simptomele tulburărilor psihice).
2. Diferentierea între semnele şi simptomele tulburărilor psihice. Semnele sunt obiective şi reprezintă ceea ce vedem la pacienţi. Simptomele sunt subiective şi reprezintă ceea ce declară pacienţii că simt.
3. Explicarea semnelor şi simptomelor tulburărilor funcţiilor şi proceselor psihice: cognitive, motivaţional-afective şi ale activităţii
4. Facilitarea înţelegerii şi abordării practice a tulburărilor mentale de către viitorii psihologi.
5. Cunoaşterea deosebirilor dintre tulburările psihice de intensitate nevrotică şi psihotică.
6. Recunoaşterea gravităţii tulburării mentale şi aprecierea adecvată a necesităţii îndrumării pacientului către medicul psihiatru.
7. Descrierea trăsăturilor caracteristice ale tulburărilor de personalitate.

2. Cerinţe preliminare

Se impune ca studentul să-şi fi însuşit, cel puţin la nivel mediu, conceptele şi teoriile de bază ale disciplinelor: *psihologie generală, psihoneurofiziologie, psihologia personalităţii şi psihologia dezvoltării. Studentul trebuie să cunoască:* ***funcţiile şi procesele psihice, organizarea structurală şi funcţională a creierului, teoriile personalităţii şi comportamentului, precum şi dezvoltarea fiinţei umane din punct de vedere biologic, psihic şi social.***

3. Conţinutul materialului de studiu. Organizarea pe unităţi de studiu

Materialul de studiu cuprinde informaţii privind semnele şi simptomele tulburărilor funcţiilor psihice, precum şi principalele concepte şi teorii care explică apariţia tulburărilor de personalitate.

Unitate de studiu 1: Tulburările proceselor senzoriale
În acest curs prezentăm tulburările cantitative şi calitative ale senzorialităţii. Studentul trebuie să diferenţieze iluziile de halucinaţii şi să cunoască caracteristicile şi formele fenomenului halucinator.

Unitate de studiu 2: Tulburările atenţiei
Această unitate de studiu contribuie la cunoaşterea de către student a tulburărilor atenţiei şi a patologiei psihiatrice în care acestea sunt prezente.

Unitate de studiu 3: Tulburările memoriei
În această unitatede studiu sunt prezentate tulburările de memorie (dismneziile), care sunt împărţite în: cantitative şi calitative.
Dismneziile cantitative sunt: hipermnezii, hipomnezii şi amnezii.
Dismneziile calitative se numesc paramnezii şi sunt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfaşurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă traită de pacient. Paramneziile au fost clasificate în: tulburări ale sintezei mnezice imediate şi tulburări ale rememorării trecutului.

Unitate de studiu 4: Tulburările gândirii
Tulburările de gândire au fost împărţite în două categorii: tulburări formale (de ritm, flux şi coerenţă) şi de conţinut (legate de judecată şi raţionament). Tulburările de conţinut se referă la ideaţia patologică (obsesivă, prevalentă şi delirantă).

Unitate de studiu 5: Tulburările comunicării
În această prelegere am prezentat tulburările comunicării verbale şi nonverbale. Cunoaşterea acestora este foarte importantă, întrucât tulburările comunicării reflectă tulburările de gândire şi pe cele afective. Tulburările comunicării sunt uşor de sesizat de către cei din jur, constituind simptome şi semne clare ale tulburărilor psihice
Tulburările limbajului (oral şi scris) sunt clasificate în tulburări de formă şi de conţinut. Tulburările comunicării nonverbale se referă la modificări şi particularităţi care ţin de: aspectul vestimentar, privirea, mimica, gesturile şi atitudinile unei persoane

Unitate de studiu 6: Tulburările conduitei motorii
Tulburările activităţii motorii constau în exacerbarea sau diminuarea ei, dar şi în mişcări parazitare (ticuri, stereotipii). Forma extremă de exacerbare a activităţii motorii este agitaţia psihomotorie. Inhibiţia psihomotorie este caracterizată prin lentoarea mişcărilor până la întreruperea activităţii motorii.

Unitate de studiu 7: Tulburările imaginaţiei
Tulburările imaginaţiei se împart în: cantitative şi calitative. Tulburările cantitative se referă la scăderea sau la exaltarea imaginaţiei. Tulburările calitative ale imaginaţiei sunt: simulaţia, suprasimulaţia, metasimulaţia şi disimularea.

Unitate de studiu 8: Tulburările conştiinţei
Tulburările cantitative ale conştiinţei se referă la alterarea în grade diferite a lucidităţii conştiinţei, mergând de la obtuzie până la comă.
Tulburările calitative ale conţtiinţei sunt caracterizate prin modificări de natură organică ale percepţiei realităţii, asociate cu destructurări ale funcţiilor cognitive.

Unitate de studiu 9: Tulburările afectivităţii

Tulburările afective sunt cantitative (se referă la creşterea sau scăderea în grade diferite a tensiunii emoţionale) şi calitative (reacţii aberante şi indecvate, paradoxale faţă de motive, situaţii sau evenimente).

Unitate de studiu 10: Tulburările voinţei

Există două forme ale voinţei:

- *voinţa activă*: care stă la baza perseverenţei, tenacităţii şi îndeplinirii izbutite a unei activităţi.

-*voinţa inhibitorie* este responsabilă de stăpânirea de sine, determină reţinerea în anumite situaţii, frânează reacţia impulsivă imediată.

Tulburările voinţei sunt cantitative (creşterea sau scăderea marcată a forţei voliţionale) şi calitative (disabulia, parabulia şi impulsivitatea).

Unitate de studiu 11: Teorii ale personalităţii

Personalitatea se referă la disponibilităţile generale şi caracteristice exprimate de o persoană şi conturează identitatea ei specifică. Personalitatea se referă la forme distincte şi caracteristice de gândire, emoţionalitate şi comportament care definesc stilul personal al unui individ şi îi influenţează interacţiunile cu mediul

În acest curs am prezentat direcţiile majore de abordare ale personalităţii din următoarele perspective: psihanalitică; psihometrică; a învăţării sociale; umanistă. Fiecare dintre aceste abordări oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalităţii, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în acelaşi timp o anumită notă specifică.

Unitate de studiu 12: Structura personalităţii

În acest curs se prezintă cele trei componente structurale ale personalităţii: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalităţii); aptitudinile (sistemul instrumental-operaţional); caracterul (sistemul de atitudini şi trăsături volitive).

Unitate de studiu 13: Tipuri de personalitate

În această unitate de studiu sunt descrise cele mai cunoscute tipologii ale personalităţii.

Cunoaşterea tipului de personalitate este importantă pentru psihologul clinician, întrucât factorii de personalitate influenţează relaţia terapeutică, complianţa la tratament, mecanismele de coping cu boala şi vulnerabilitatea la stres.

La sfârşitul acestui curs am prezentat rolul factorilor familiali, educaţionali şi culturali în formarea personalităţii, alături de ereditate şi factorii sociali.

Unitate de studiu 14. Tulburările de personalitate

Tulburările de personalitate constituie modele adânc înrădăcinate şi durabile de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil de la cerinţele culturii individului şi se manifestă în cel puţin două din următoarele domenii: cunoaştere, afectivitate, funcţionare interpersonală ori control al impulsului.

Aceste modele inflexibile şi dezadaptative de comportament, conduc la o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare.
În acest curs prezentăm clasificările tulburărilor de personalitate şi trăsăturile lor specifice.

4. Recomandări de studiu
Se impune ca studentul ***să parcurgă fiecare unitate de studiu*** respectând timpul alocat calendarului disciplinei, modul de abordare a testelor de autoevaluare şi a sarcinilor de învăţare.
Pentru însuşirea conceptelor de bază ale disciplinei şi înţelegerea informaţiilor prezentate în fiecare unitate de studiu este ***obligatoriu*** ca studentul să consulte ***bibliografia*** şi să respecte indicaţiile rubricii ***cunoştinţe preliminare.***
Fiecare unitate de studiu atinge următoarele aspecte: ***obiective, cunoştinţe preliminare, resurse necesare şi recomandări de studiu, durata medie de parcurgere a unităţii, subiectele teoretice aferente acesteia,*** un ***rezumat, cuvinte cheie, teste de autoevaluare*** şi ***concluzii.***
Fiecare dintre aceste subpuncte sunt semnalizate în text prin intermediul unor *pictograme*. În continuare, prezentăm un tabel cu principalele pictograme utilizate in text:

	OBIECTIVE
	CUNOŞTINŢE PRELIMINARE
	RESURSE BIBLIOGRAFICE
	DURATA MEDIE DE PARCURGERE A UNITĂŢII DE STUDIU
	EXPUNEREA TEORIEI AFERENTE UNITĂŢII

	REZUMAT
	CUVINTE CHEIE
	TESTE DE AUTOEVALUARE
☑ ☺	**RĂSPUNS CORECT**
	CONCLUZII

8. **Recomandări de evaluare**

După parcurgerea fiecărei unităţi de studiu se impune rezolvarea sarcinilor de învăţare, ce presupun studiu individual, dar şi a celor de autoevaluare.
Activităţile de evaluare condiţionează nivelul nivelul de dobîndire a competenţelor specificate prin obiectivele disciplinei.
În ceea ce priveşte evaluarea finală, se va realiza printr-un examen, planificat conform calendarului disciplinei. Examenul constă în rezolvarea unei probe de tip grilă.

6. Test de evaluare iniţială

1. Enumeraţi şi prezentaţi caracteristicile generale ale funcţiilor cognitive.
2. Prezentaţi caracteristicile şi legile generale ale senzaţiilor.
3. Precizaţi formele şi funcţiile limbajului.
4. Identificaţi formele vieţii afective.
5. Prezentaţi teoriile personalităţii.

UNITATEA 1

TULBURĂRILE PROCESELOR SENZORIALE

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările cantitative ale senzorialităţii;
- să prezinte caracteristicile cenestopatiilor;
- să cunoască tulburările calitative ale senzorialităţii;
- să diferenţieze iluziile de halucinaţii;
- să cunoască formele fenomenului halucinator;
- să definească agnoziile.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:

- caracterizarea generală şi legile senzaţiilor;
- percepţia ca proces; formele percepţiilor
- reprezentarea - caracterizare generală, forme;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE PROCESELOR SENZORIALE

1.1. Definiţiile senzaţiei şi percepţiei

Senzaţia este un act psihic elementar, monomodal, care realizează imaginea singulară a unei însuşiri a obiectelor si fenomenelor lumii înconjuratoare.

Senzaţia:
- se datorează acţiunii obiectelor şi fenomenelor asupra organelor de simţ;
- evidenţiază proprietăţile elementare ale obiectelor (formă, mărime, greutate, culoare, miros, gust);
- sunt imagini subiective ale lumii obiective;
- imaginea reflectată devine element de conştiinţă al subiectului – de ordin ideal.

Spre deosebire de senzaţii, care oglindesc – aşa cum s-a arătat – diferitele însuşiri ale lucrurilor, percepţia reflectă obiectul în întregime, în ansamblul însuşirilor sale.

1.2.Tulburările cantitative ale senzorialităţii se referă la modificarea pragului senzorial .

- **hiperestezie senzorială**
  = scăderea pragului senzorial ce determină o creştere a sensibilităţii la stimulii externi;
  - apare în: surmenaj, suprasolicitare fizică şi psihică, în afecţiuni nevrotice (distimie, tulburare depresivă, tulburare anxioasă).

  Cenestopatiile:
  - termen introdus de Dupré
  - formă aparte de hiperestezie
  - tulburare conştientă a senzaţiilor şi percepţiei interoceptive şi proprioceptive;
  - constau în senzaţii penibile, difuze, cu sediu variabil;
  - apar fără nici o modificare organică evidenţiabilă;
  - apar în anumite tulburări nevrotice (tulburare de somatizare, somatoformă nediferenţiată, tulburare de conversie, anxietate generalizată).
  - exemple de cenestopatii frecvente: amorţeala mâinilor, cefaleea „migratoare”, senzatia de nod în gât si sufocare

- **hipoestezia senzorială**
  = ridicarea pragului senzorial astfel încât are loc o scădere a receptivităţii la diverşi stimuli.
  - apare în: stări reactive acute (post-traumatice), inducţie hipnotică, stări conversive şi schizofrenie.

1.3. Tulburările calitative ale senzorialităţii se referă la: iluzii, halucinaţii şi agnozii.

Iluzia = percepţia deformată a unor obiecte sau fenomene existente în realitate.
Iluziile sunt:
- ***iluzii fiziologice*** care apar în condiţii de normalitate, datorită distanţei mari, luminozităţii scăzute, unor stări afective speciale sau iluziile optico-geometrice, iar persoanele îşi dau seama de eroare şi o corectează .
- ***iluzii patologice*** care pot apărea în următoarele condiţii patologice: tulburări de intensitate psihotică (schizofrenie), stări confuzive, sevraj la alcool, iar pacienţii nu sunt convinşi de caracterul lor patologic şi îşi schimbă comportamentul.

Iluziile patologice pot fi clasificate după fiecare analizator: vizuale, auditive, gustative, olfactive, tactile, interoceptive

Iluzii vizuale sunt:
- ***metamorfopsii*** - impresia de deformare a obiectelor şi a spaţiului perceput;
- ***micropsii (liliputane)*** **-** obiectele sunt percepute ca fiind mai mici;
- ***macropsii (pantagruelice)*** - obiectele sunt percepute ca fiind mai mari;
- ***dismegalopsii*** - obiectele sunt percepute ca fiind alungite sau lărgite;
- ***porropsia*** - obiectele sunt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate;
- ***callopsia*** **–** obiectele sunt percepute mai înfrumuseţate;

Tipuri aparte de iluzii vizuale patologice aflate la graniţa cu tulburările de memorie sunt:

Falsele recunoasteri
- identificarea greşită a diverselor persoane;
- diferă de confuzia de persoană, întucât pacientul nu îşi dă seama de eroarea de percepţie;
- apare în: episoade maniacale, stari confuzive şi sindrom Korsakov;
- variante particulare: fenomenele déjà vu, déjà connu, déjà vecu sau, invers, jamais vu, jamais connu, jamais vecu.
- în sindromul de derealizare, depersonalizare; în patologia de lob temporal

Iluzia sosiilor
- se referă la persoane care seamănă atât de mult, încât nu pot fi deosebite;
- persoana cunoscută nu este identificată ca atare, pacientul consideră că deşi din punct de vewdere fizic aceasta seamănă cu ea, a fost substituită în scop ostil. Apare în: schizofrenie şi demenţă

Iluziile auditive reprezintă perceperea modificată a unor zgomote.
Iluziile gustative şi olfactive reprezintă perceperea eronată a gustului sau mirosului normal al diferitelor substanţe sapide sau odorifice.

Iluziile viscerale sau interoceptive reprezintă perceperea eronată a funcţiilor unor organe sau aparate.

Modificarea de schemă corporală constă în perceperea denaturată a formei, mărimii, greutăţii şi poziţiei propriului corp.

Halucinaţiile reprezintă percepţii fără obiect de perceput (H. Ey).

Formele fenomenului halucinator:

- ***Halucinoidele*** = fenomene de tip halucinator situate între reprezentari vii si halucinaţii vagi, bolnavul nefiind convins de existenţa lor reală.
- ***Halucinozele*** = halucinaţii propriu-zise, dar al căror caracter patologic este recunoscut de bolnav.
- ***Halucinaţiile propriu-zise (psihosenzoriale)*** = percepţii false cu proiecţie spaţială şi care sunt considerate ca fiind reale, de către bolnav.
- ***Pseudohalucinaţiile (halucinaţiile psihice***) = autoreprezentări aperceptive care sunt lipsite de caracterul de senzorialitate, nu au proiecţie spaţială producându-se în mintea pacientului. Au caracter exogen, par impuse din exterior, iar bolnavul nu le poate controla. Pacientul afirmă " văd cu ochii minţii", "aud vocile în cap, în mintea mea". " mi se transmit gânduri").
- ***Halucinaţiile funcţionale*** = percepţii false determinate şi întreţinute de un stimul extern.

Halucinaţiile hipnagogice şi hipnapompice se pot întâlni şi la omul normal se referă la percepţiile care pot apărea la adormire sau la trezire şi au caracter tranzitoriu.

Halucinaţiile propriu-zise (psihosenzoriale) se clasifică în functie de modalitatea senzorială în:

1) halucinaţiile auditive

- sunt cele mai frecvente la adulţi,
- **elementare**: foşnituri, ţiuituri;
- **complexe**: voci cunoscute sau necunoscute care monologhează sau dialoghează;
  - pot avea caracter comentativ sau imperativ.
  - pot fi situate în spaţiul campin sau extracampin.
  - rezonanţa afectivă poate fi favorabilă sau cel mai des defavorabilă, anxiogenă.
  - apar mai frecvent în: schizofrenie, tulburări afective, demenţe.

2) halucinaţii vizuale

- sunt mai frecvent întâlnite la copil.

După complexitate:

- **elementare** – fosfene – puncte luminoase;
- **complexe** - figuri, obiecte, fiinţe;
- **scenice**
  - **statice (panoramice),**
  - **cinematografice (mişcare).**

După proiecţia spaţială:

- **campine**
- **extracampine,**

După durată: **permanente sau episodice,**

3) halucinaţii autoscopice

- pacientul vede propria imagine ca într-o oglindă, identică sau modificată (urâţită, înfrumuseţată), având impresia că are de-a face cu o altă persoană.
- percepe propriul corp identic sau modificat (urâţit, înfrumuseţat).

sau părţi din el proiectate în afară.

4) halucinaţiile olfactive şi gustative constau în impresia de gusturi sau mirosuri neplăcute/plăcute.

5) halucinaţiile tactile

- impresia de atingere a suprafeţei cutanate
- pot apărea :
  - la suprafaţă (halucinaţii epidermice);
  - în profunzime (halucinaţii hipodermice).

6) halucinaţiile interoceptive (halucinaţiile viscerale)

- senzaţia existenţei unor fiinţe în corp, schimbării poziţiei unor organe în organism sau a obstruării sau perforării lor.

7) halucinatiile proprioceptive (motorii sau kinestezice)

- impresia de mişcare sau deplasare a propriului corp sau a unor segmente.

Agnoziile

- reprezintă un defect de integrare gnozică (transformarea excitaţiei în senzaţie şi a acesteia în imagine perceptivă) datorită leziunii centrilor de integrare.
- în acest mod se pierde capacitatea de a recunoaşte obiectele după calităţile lor senzoriale.
- tipurile de agnozii sunt următoarele:
  - Agnozia vizuală
  - Agnozia auditivă;
  - Agnozia tactilă.
- se întâlnesc în cadrul afecţiunilor neurologice



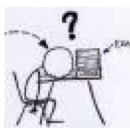
Rezumat

Această primă prelegere prezintă tulburările cantitative şi calitative ale senzorialităţii.



Cuvinte cheie

- Iluzie
- Halucinaţie
- Agnozie
- Cenestopatie
- Hipoestezie
- Hiperestezie



Teste de autoevaluare

1. Definiţi iluziile. (pg. 11).
2. Enumeraţi formele halucinaţiilor. (pg. 12)
3. Ce sunt agnoziile? (pg. 13)
4. Prezentaţi caracteristicile pseudohalucinaţiilor. (pg. 12)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările proceselor senzoriale. În capitolul următor vom analiza tulburările atenţiei.

UNITATEA 2

TULBURĂRILE ATENŢIEI

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările atenţiei;
- să prezinte entităţile nosografice în care apar disprosexii;
- să dea exemple de tulburări psihice în care se întâlneşte distractibilitatea atenţiei;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:

- definiţia atenţiei;
- ânsuşirile atenţiei;
- formele atenţiei;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu
*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE ATENŢIEI

2.1. Definiţia, formele şi însuşirile atenţiei

Atenţia este funcţia psihică care realizează orientarea şi concentrarea electivă a activităţii psihice asupra unui grup de elemente sau fenomene.

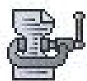
Tipuri de atenţie:

Atenţia involuntară (spontană) ţine de stimuli ce apar brusc, de noutatea informaţională, atunci când organismul nu este pregătit.
Atenţie voluntară are la bază susţinerea de efort volițional.
Atenţia habituală: de pregătire, de aşteptare.

Însuşirile atenţiei:
- concentrarea (focalizarea) atenţiei
- stabilitatea atenţiei
- distragerea atenţiei
- distributivitatea (plurifocalizarea) atenţiei
- comutativitatea/ flexibilitatea atenţiei
- volumul atenţiei.

2.2 Tulburările de atenţie (disprosexii):

- ***Distractibilitatea*** constă în distragerea cu uşurinţă a atenţiei de către stimuli irelevanţi**.**
    - ❑ apare în episoade expansive.
- ***Hiperprosexia:*** creşterea concentrării, exagerarea orientării selective a activităţii de cunoaştere.
    - ❑ apare în: episoadele expansive, intoxicaţiile uşoare, hipocondrie, tulburarea obsesivo-fobică.
- ***Hipoprosexia***: diminuarea orientării selective a activităţii de cunoaştere.
    - ❑ apare în: surmenaj, anxietate, oligofrenie, demenţă.
- ***Aprosexia:*** dispariţia oricărei activităţi psihice.
    - ❑ apare în: comă, stări confuzionale, demenţă, oligofrenii.



Rezumat

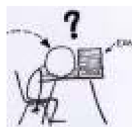
Această unitate de studiu prezintă definiţia, însuşirile, formele şi tulburările atenţiei. Cursul contribuie la cunoaşterea de către student a patologiei psihiatrice în care disprosexiile sunt prezente.



Cuvinte cheie:

Hipoprosexia

Hiperprosexia



Teste de autoevaluare

1. Definiţi atenţia şi prezentaţi formele acesteia. (pg. 17)
2. În ce tulburări mentale se întâlneşte hipoprosexia? (pg.17)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările de atenţie, care pot determina şi tulburări de memorie. Astfel, hipoprosexia determină hipomnezia de fixare.

În cursul următor prezentăm tulburările de memorie.

UNITATEA 3

TULBURĂRILE MEMORIEI

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările cantitative ale memoriei;
- să prezinte formele amneziei;
- să descrie formele speciale de hipermnezie (mentism, viziune panoramică retrospectivă)
- să enumere tulburările mentale în care apare amnezia;
- să cunoască tulburările calitative ale memoriei;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:

- Definiţia şi tipurile memoriei;
- Mecanismele neurofiziologice ale memoriei;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE MEMORIEI

3.1. Definiţia şi tipurile memoriei

Memoria este procesul psihic al orientării retrospective realizat prin fixare (întipărire), conservare (păstrare) şi reactualizare (evocare). Ea oglindeşte experienţa anterioară, constituie rezervorul gândirii şi imaginaţiei, este suportul forţei cognitive a persoanei şi este strâns corelată cu procesele afective.

Procesele memoriei

Procesele memoriei sunt***: memorarea, păstrarea, reactualizarea***.

Memorarea constă în transformări menite să asigure fixarea informaţiei pe suporturi adecvate. Ea depinde de factori obiectivi (volumul, natura, organizarea, omogenitatea şi semnificaţia materialului) şi subiectivi (starea fiziologică, motivaţia, gradul de tensiune afectivă şi vârsta subiectului).

Tipurile memoriei:

Imediată

Se referă la reproducerea sau recunoaşterea unui material până la 10 secunde de la prezentare.

Recentă

Se referă reproducerea sau recunoaşterea unui material la un interval de peste 10 secunde de la prezentare.

De lungă durată

Se referă la reproducerea evenimentelor îndepărtate (evenimente trăite de la începutul vieţii până în prezent).

3.2. Tulburări ale memoriei (dismnezii) cantitative şi calitative:

3.2.1. Tulburări de memorie cantitative

Hipomneziile: scăderea în grade diferite a forţei mnezice. Poate apare în: surmenaj, involuţie, oligofrenii, depresie.

Amnezii**:** reprezintă prăbuşirea forţei mnezice parţiale sau totale; retograde sau anterograde;

• ***Amnezii anterograde (de fixare)*** se caracterizează prin faptul că pacientul nu poate fixa evenimentele trăite de la îmbolnăvire (debut) spre prezent. Acestea apar în: sindromul amnestic Korsakov, stări confuzionale şi stări reactive;

• ***Amnezia retrogradă (evocare):*** are drept caracteristică de bază uitarea progresivă a amintirilor dinaintea bolii spre trecut. Destructurarea nu este atât de accentuată. Sunt *uitate mai întâi amintirile mai complexe şi recente,* apoi cele simple şi mai vechi.

Hipermneziile: reprezintă exagerarea evocărilor care devin tumultoase, îndepartează individul de la orice preocupări.

Forme speciale de hipermnezie:

Mentismul constă într-o derulare rapidă, involuntară, caleidoscopică de amintiri, reprezentări şi idei. Apare în schizofrenie**.**

Viziunea panoramică retrospectivă constă în derularea momentelor importante din viaţă în câteva minute. Apare în stări de pericol iminent şi în paroxisme anxioase.

.

3.2.2.Tulburări de memorie calitative

Paramneziile **s**unt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfaşurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă traită de pacient.

Acestea sunt clasificate astfel:

1. Tulburările sintezei mnezice imediate: sunt adevarate iluzii de memorie, evocări eronate ale unor evenimente trăite în realitate, ce nu sunt încadrate în timpul şi spaţiul real, sau nu sunt recunoscute ca trăite sau netrăite;

Criptomnezia - nerecunoaşterea ca fiind străin a unui material citit sau auzit în realitate şi pe care îl consideră propriu. Apare în schizofrenie, dementă, TCC;

Înstrăinarea amintirilor - scăderea capacităţii discriminatorie dintre evenimentele proprii şi străine, pe care le crede auzite, văzute.

Variante false recunoaşteri, iluzia de nerecunoastere, paramneziile de reduplicare.

2. Tulburările rememorării trecutului (allomnezii): falsificări mnezice retrospective, sau reproduceri ale unor evenimente reale din trecut, pe care le situează în prezent.

Confabulaţii (halucinaţii de memorie): reproducerea unor evenimente imaginare posibile, dar ireale care umplu golurile de memorie. Tipuri: mnestice, fantastice, onirice.

Ecmnezia: tulburare globală de memorie, cu intoarcerea întregii personalitîţi în trecut.

Anecforia**:** posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care le crede uitate, poate fi posibilă dacă se sugerează unul sau mai multe elemente: apare în surmenaj, afecţiuni deteriorative.



Rezumat

Tulburările de memorie (dismneziile) sunt cantitative şi calitative. Dismneziile cantitative sunt: hipermnezii, hipomnezii şi amnezii. Dismneziile calitative se numesc paramnezii şi **s**unt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfaşurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă traită de pacient. Paramneziile au fost clasificate în: tulburări ale sintezei mnezice imediate şi tulburări ale rememorării trecutului.



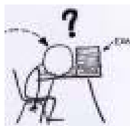
Cuvinte cheie

Dismnezii

Paramnezii

Ecmnezie

Criptomnezie



Teste de autoevaluare

1. Prezentaţi tulburările cantitative de memorie.(pg. 21-22)
2. Definiţi paramneziile. (pg.22)
3. Prezentaţi tulburările sintezei mnezice imediate. (pg. 22)
4. Descrieţi tulburările rememorării trecutului. (pg. 22)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările de memorie, care în mod didactic au fost împărţite în cantitative şi calitative. În practică perturbările mnezice sunt intricate şi asociate cu tulburări ale altor funcţii psihice senzoriale şi cognitive.

UNITATEA 4

TULBURĂRILE GÂNDIRII

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările formale ale gândirii;
- să prezinte caracteristicile ideilor obsesive;
- să cunoască caracteristicile ideii delirante;
- să diferenţieze şi să clasifice ideile delirante în funcţie de tematica acestora.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale:

- definiţia gândirii;
- operaţiile gândirii;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universităţii Titu Maiorescu, Bucureşti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicală*, Ed. Tehnica, Bucureşti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu
*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE GÂNDIRII

4.1. Definiţia gândirii

Gândirea reprezintă procesul central al vieţii psihice ce asigură distincţia dintre esenţial şi fenomenal în ordinea ideilor şi lucrurilor, dar şi edificarea relaţiilor dintre ele, intercondiţionarea lor.

4.2. Operaţiile gândirii:

- ***analiza*** - separare mentală a părţilor componente ale obiectelor, fenomenelor;
- ***sinteza*** - reunirea mentală într-un ansamblu unitar a părţilor componente;
- ***comparaţia*** - distinge asemănările şi deosebirile dintre obiecte şi fenomene;
- ***abstractizarea*** - extragerea unei însuşiri esenţiale a obiectului, făcând abstracţie de restul trăsăturilor;
- ***concretizarea*** - concepe obiectul în toată varietatea trăsăturilor sale;
- ***generalizarea*** - ridicarea de la reflectare a unui obiect la o categorie de obiecte, pe baza unor elemente comune şi esenţiale.

Elementul esenţial în toate operaţiile gândirii este cuvântul. El are capacitatea de a achiziţiona, păstra şi vehicule informaţiile.

• Noţiunile se exprimă printr-o varietate de cuvinte;
• Judecăţile oglindesc raportul obiecte şi fenomene;
• Raţionamentele – sunt alcătuite din judecăţi, au o structură şi funcţie logică.

Asociaţiile sunt legături temporare între noţiuni, între ideile în permanentă desfăşurare.

Tipurile de mecanisme în formarea asociaţiilor sunt:
- contiguitate - asociaţii pe plan ideativ între obiecte şi fenomene, care sunt reprezentate simultan sau succesiv, ele coexistă în spaţiu şi timp;
- asemănare - pe baza asemănării formei cuvintelor respective; în particular: rima şi asonanţa;
- contrast - asocierea de noţiuni care au caracter opus (bine-rău);
- cauzalitate - cele mai complexe şi cele mai frecvente, se face legătura cauzala între fenomen şi cauza sa.

4.3. Tulburările gândirii (predominant formale şi predominant de conţinut)

4.3.1. Tulburări predominant formale

Tulburările ritmului, fluxului ideativ dar şi a coerenţei prin perturbări ale asociaţiilor logice:
- *accelerarea simplă a ritmului ideativ*: succesiunea rapidă a ideilor, însoţită de exagerarea evocărilor, stil eliptic, scurtcircuitat; stări normale, surmenaj, t;
- *fuga de idei*: asociaţii la întâmplare, după asonanţă, pierde coerenţa, digresiuni multiple, idei lipsite de legătură. Se însoţeşte de creşterea forţei imaginative, a forţei reprezentative, a mobilităţii prosexice. Este întâlnită în episoade expansive, agitaţie psihomotorie;
- *lentoare ideativă*: discurs lent, cu multe întreruperi, răspunsuri după repetarea întrebării. Asociază: scăderea forţei imginative, slăbirea forţei reprezentative; bradipsihie. Apare în episoade depresive, schizofrenie;
- *vâscozitatea psihică*: scăderea ritmului ideativ, aderenţa la temă, scăderea debitului (epilepsie);
- *fading mental*: lentoarea ideativă accentuată progresiv, ajunge la epuizarea ritmului şi oprire;
- *baraj ideativ*: oprirea bruscă a ritmului ideativ (apare în schizofrenie);
- *incoerenţa:* asociaţie formală lipsită de conţinut, coerenţă. Incoerenţa apare la nivelul: discursului, frazelor, propoziţiilor, cuvintelor;
- *salata de cuvinte* - nu se păstrează forma gramaticală; amestec de cuvinte lipsite de înteles logic;
- *verbigeraţie* - repetarea stereotipă a aceloraşi cuvinte, lipsite de înţeles;
- *psitacismul* - adaugă tulburări de pronunţie.

4.3.2. Tulburări predominante de conţinut

Sunt manifestări anormale ale ideaţiei, în opoziţie cu realitatea.

Idei dominante - se detaşează, la un anumit moment, de celelalte idei şi se impun gândirii. Au caracter tranzitoriu, fiind înlocuite ulterior cu alte idei dominante. Sunt întâlnite şi la oamenii normali. De exemplu, după ce vizionăm un film, ne gândim la subiectul filmului sau la personajul principal. Dar, după câteva minute, ne amintim că trebuie să mergem în vizită la o prietenă şi ne preocupă o altă idee: Ce flori să-i cumpărăm?

Idei obsesive - contradictorii personalităţii insului, vin de la periferia psihismului, asediază gândirea, se impun conştiinţei şi au caracter parazitar. Obsesiile pot fi idei, amintiri, îndoieli privind efectuarea unor acţiuni. O variantă o reprezintă îndoielile obsesive prin care persoana are dubii dacă a efectuat un anumit act (încuiatul uşii, închiderea gazelor) drept pentru care verifică în repetate rânduri - ritualuri de verificare.
Compulsii - tendinţa interioară imperativă care îl determină pe subiect să îndeplinească o anumită acţiune sau să se gândească la o anumită idee, în timp ce o reprobă, şi-o interzice pe plan conştient. Tentativa de a le rezista duce la apariţia anxietăţii de mare intensitate (În cadrul tulburării obsesiv compulsive, alături de obsesii, întâlnim şi compulsii).

Fobia: teama iraţională şi continuă de un obiect, de o fiinţa sau de o situaţie determinată care în realitate nu prezintă nici un pericol.
Exemple de fobii:
- *Agorafobia* - frică de locuri deschise;
- *Claustrofobia* - frică de locuri închise;
- *Aihmofobia* - frică de obiecte ascuţite;
- *Nosofobia* - frică de boală;
- *Misofobia* - frică de mizerie;
- *Tanatofobia* - frică de moarte.

Idei prevalente: ocupă poziţie centrală în câmpul conştiinţei, sunt în concordanţă cu sistemul ideativ al insului, dar în neconcordanţă cu realitatea. Ideea prevalentă orientează cursul gândirii, celelalte idei vin în jurul ei şi o sprijină. Ea are potenţial delirant.
Pacienţii acceptă într-o oarecare măsura contraargumentarea raţională.

Idei delirante sunt convingeri care pleacă de la premise false, reflectă deformat realitatea, au caracter stabil, sunt inabordabile la verificări şi experienţe, impenetrabile la contra argumente şi care modifică comportamentul.

Caracteristicile delirului (I. Miclutia):
- Anastrofa, debut brusc ca o revelaţie sau pregătirea apariţiei printr-o fază predelirantă. Această perioadă este marcată de căutări, neîncredere, retragerea persoanei;
- Conţinut la limita posibilului, ca în delirul expansiv, din episodul maniacal;
- Tematica: monotematică versus politematică;
- Unitate sau articulare în sisteme delirante;
- Sistematizare: delir sistematizat, monotematic, argumentat aparent logic şi credibil chiar dacă conţinutul este neverosimil; delir nesistematizat în care temele delirante sunt disparate, greu de urmărit şi de înţeles prin natura discursului dezlânat;
- Răsunet afectiv: delir congruent în conformitate cu starea afectivă; delir incongruent: starea afectivă este contrară conţinutului delirant;
- Delirul indus - folie à deux: inductorul are o putere persuasivă asupra unei persoane puternic implicate afectiv - indusul care preia delirul.

După tematica delirantă întâlnită în conţinutul ideilor, acestea se clasifică în: idei delirante de tip expansiv, idei delirante de tip depresiv şi idei delirante mixte.

a) Idei delirante de tip expansiv
În cadrul acestora se încadrează:
Ideile de grandoare prin care persoana este convinsă că dispune de puteri deosebite, calităţi speciale sau averi, bogăţii nemăsurate. Aceste idei apar în episoade maniacale.
Idei delirante de invenţie în cadrul cărora există convingerea elaborării de planuri pentru aparate sau descoperirea unor invenţii vitale pentru omenire. Apar în schizofrenie, tulburarea delirantă.
Idei delirante de reforma socială constau în convingerea pacientului că este creatorul unor planuri filantropice a păcii universale , a lumii perfecte. Apare în schizofrenie.
Idei delirante de filiaţie sunt exprimate prin convingerea persoanei că este descendentă din familii renumite.

Idei delirante de tip erotoman constau în convingerea că este iubit de o persoană înalt investită, sau cu o poziţie socială deosebită. Apar în schizofrenie.
Idei delirante mistice sunt reprezentate de convingerea că este purtătorul unei misiuni religioase, că este mesager divin, înger, sau instanţă divină supremă. Apar în schizofrenie.

b) *Idei delirante de tip depresiv*
Idei delirante de persecuţie constau în convingerea că sunt persecutaţi de persoane cunoscute sau necunoscute.
Idei delirante de urmărire din partea unor persoane direct sau prin aparatură, cel mai adesea, pentru a li se face rău.
Idei delirante de otrăvire prin substanţe puse în alimente, în apa, pentru a fi suprimaţi.
Idei delirante de relaţie sau referinţa constau în convingerea că atitudinea, comportamentul sau discursul celor din jur fac referiri la el.
Idei delirante de gelozie se referă la convingerea că gesturile, expresia mimică, atitudinile partenerului sunt probe de adulter.
Idei delirante de prejudiciu reprezintă convingerea că este furat de cei din jur
Idei delirante somatice constau în convingerea ca diverse organe au o proastă funcţionare deoarece s-a acţionat asupra lor din afară prin diverse mijloace.
Idei delirante de vinovăţie constau în convingerea delirantă că toate relele din jur sunt cauzate de el.
Idei delirante hipocondriace constau în convingerea delirantă a existenţei unei boli incurabile sau a unui defect fizic.
Idei delirante de transformare şi posesiune în care apare convingerea că au fost transformaţi în alte fiinţe sau părţi din corp au fost modificate.
Idei delirante de negaţie în care există convingerea că organe vitale din corp au putrezit, sau le-au fost extirpate. Apar în sindromul Cotard.

c) *Idei delirante mixte* datorită ambiguităţii tonalităţii afective pe care evoluează ideile.
Idei delirante de interpretare: tot ceea ce se petrece are o semnificaţie specială împotriva sa.
Idei delirante de influenţă: se află sub influenţa unor forţe străine (xenopatie) care acţionează prin unde, radiaţii, sugestie.
Idei delirante de metafizice (cosmogonice): a elucidat originea vieţii, a lumii, a sufletului.



Rezumat
Tulburările de gândire au fost împărţite în două categorii: tulburări formale (de ritm, flux şi coerenţă) şi de conţinut (legate de judecată şi raţionament). Tulburările de conţinut se referă la ideaţia patologică (obsesivă, prevalentă şi delirantă). *După tematica lor*, ideile delirante se clasifică în: idei delirante de tip expansiv, idei delirante de tip depresiv şi idei delirante mixte.

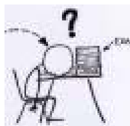


Cuvinte cheie

Idei obsesive

Idei prevalente

Idei delirante



Teste de autoevaluare

1. Definiţi fuga de idei şi precizaţi în ce tulburări mentale este întâlnită. (pg. 27)
2. Prezentaţi caracteristicile ideii obsesive. (pg. 27)
3. Daţi cinci exemple de idei delirante de tip expansiv. (pg. 28-29)
4. Daţi cinci exemple de idei delirante de tip depresiv. (pg 29)
5. Definiţi barajul ideativ şi menţionaţi în ce tulburare mentală este întâlnit. (pg.27)



Concluzii.

În această unitate de studiu am prezentat tulburările de gândire care sunt reflectate în tulburările de limbaj, descrise în cursul următor.

UNITATEA 5

TULBURĂRILE COMUNICĂRII

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările de formă ale limbajului oral şi entităţile nosografice în care apar;
- să cunoască tulburările de conţinut ale limbajului oral şi entităţile nosografice în care apar;
- să recunoască tulburările limbajului scris;
- să descrie tulburările comunicării nonverbale;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale.

- Definiţia, formele şi funcţiile comunicării.



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE COMUNICĂRII

5.1. Tulburările comunicării verbale

Tulburările comunicării verbale sunt în strânsă legatură cu tulburările de gândire. Activitatea de comunicare, de realizare a gândirii verbale, noţionale poartă denumirea de limbaj. Este diferită de limbă care este un sistem de mijloace lingvistice (fonetice, lexice, gramaticale) cu ajutorul cărora se realizează comunicarea.

***Tulburările limbajului sunt*: dislogii, disfazii, dislalii**

Dislogiile sunt tulburări mentale consecutive modificărilor de formă şi conţinut ale gândirii, care evoluează fără modificări ale funcţiei limbajului şi aparatului logomotor.

***Disfaziil**e*: apar în afecţiuni neurologice şi se referă la pierderea totală sau parţială a facultăţii de a vorbi şi de a înţelege limbajul articulat.

Dislaliile: imposibilitatea pronunţiei unor sunete, silabe, cuvinte, dar numai atunci când se află în context. De exemplu: rotacism, stigmatism, balbism.

5.1.1. Tulburările limbajului oral

5.1.1.1. Tulburările de formă ale limbajului oral

Tulburările de formă se referă la ***intensitatea, înălţimea, timbrul vocii***.
Creşterea lor apare în agitaţia psihomotorie, episodul maniacal, catarsis afectiv.
Scăderea apare în depresii, schizofrenie.
Vorbirea declamativă, patetică este întâlnită în tulburarea delirantă
Vorbirea preţioasă, manierată apare în schizofrenie.
Tulburarile ritmului
Tahifemia constă în accelerarea ritmului în lipsa sistematizării comunicării verbale.
Logoree: creşterea patologică a ritmului şi fluxului (curgerea verbală nestăpânită).
Apare în intoxicaţii uşoare, episodul maniacal, schizofrenia hebefrenică.
Hipoactivitatea verbală simplă: se manifeastă la indivizii timizi.
Bradifemia reprezintă scăderea ritmului, mai puţin a fluxului, cu vorbire monotonă (apare în depresie).
Mutism psihic: absenţa comunicării verbale, dar cu motricitate pastrată:
- absolut: isterie, demenţa, oligofrenie;
- reactiv: nu comunică verbal, dar comunică prin mimică;
- discontinuu (semimutism): comunică verbal doar în anumite momente (se manifestă în stări confuzive, delirante);
- electiv: comunică numai cu anumite persoane, evită să povesteasca anumite situaţii (se manifestă în paranoia, isterie).

Tulburările coerenţei verbale

- *incoerenta verbală*: exprimă în plan verbal incoerenţă tematica la nivelul discursului, incoerenţă ideativă la nivelul propoziţiei, incoerenţă sintactică. Apare în schizofrenie;
- *salata de cuvinte*: comunicare neinteligibilă, formă gravă de incoerenţă, cuvinte asociate fără nici o legătură şi semnificaţie (schizofrenie, demenţe);
- *verbigeraţia*: forma extremă de incoerenţă, asociată cu repetiţia stereotipa a unor cuvinte, cu tendinţa de rimă (apare în demenţe);
- *psitacismul*: sonorizarea mecanică a unor foneme fără conţinut semantic (apare în demenţe, oligofrenie);
- *stereotipii*: repetarea în plan verbal în aceeaşi formă a unui cuvânt (apare în schizofrenia catatonică, demenţe);
- *ecolalia*: repetarea întocmai a cuvintelor auzite la interlocutor (apare în sindromul ecopatic din demenţe, în schizofrenie, oligofrenii);
- *palilalia*: repetarea întocmai a ultimului cuvânt al unei propoziţii/fraze (apare în demenţa Pick);
- *onomatomania:* repetarea obsedantă a unor cuvinte, expresii (grosolane).

Trăsăturile caracteriale rezultate din analiza limbajului

Persoanele iritate tind să utilizeze în exces verbele la timpul prezent; personalitatea de
tip paranoid face abuz de pronume personal la persoana I-a singular; timizii în schimb evită singularul de la pronumele personal, persoana I-a şi foloseşte persoana I-a plural; obsesionalii, persoanele cu tulburare de personalitate de tip dependent preferă articolul nehotărât; opusul lor fanaticii preferă articolul hotărât.

5.1.1.2. Tulburările de conţinut ale limbajului oral

Aceste tulburări constau în tendinţa de a reda conţinutul ideilor într-o manieră nouă, originală. Se produc alterări ale sensului cuvintelor ce sunt fuzionate, modificate:
- *paralogisme* - folosirea unui cuvânt cu alt sens decât cel consacrat;
- *neologisme* - nu se exprimă prin cuvinte obişnuite: active (cuvinte inventate), pasive (cuvinte realizate prin fuzionare);
- *jargonofazie* - limbaj cu multe neologisme active;
- *paragramatisme* - frazele au expresii bizare, neoformaţii verbale, nu au semnificaţie.

5.1.2. Tulburările limbajului scris

Tulburările activităţii grafice urmează pe cele ale limbajului oral. Cele mai frecvent întâlnite sunt următoarele:
- hipoactivitate grafică până la negativism grafic; apare în schizofrenie;
- hiperactivitatea grafică;
- graforee corespondentul logoreei - apare rar;
- grafomania: predilecţia pentru manifestare grafică şi disocierea de logoree; - respectă rigorile stilistice;
- incoereţa grafică: cuvinte, fraze lipsite de legatură;
- stereotipii grafice: repetarea unei conjuncţii, cuvânt, fraze.

5.2. Tulburările comunicării nonverbale

Aspectul vestimentar, gesturile, atitudinile sunt modalitîţi de comunicare importante, alături de limbaj.

Ţinuta vestimentară
Modul de interrelaţionare şi adaptare a persoanei la normele de convieţuire poate fi: .
• dezordonată: apare în schizofrenie, stări confuzive;
• excentrică: apare în episodul maniacal;
• rafinament vestimentar: apare în tulburări histrionice;
• travestitism: reprezintă ţinuta inadecvată sexului;
• cisvestitism: ţinuta adecvată sexului, dar inadecvată vârstei;

Privirea
Aceasta poate reda conţinutul afectiv al psihismului persoanei:
• mobilă, strălucitoare – apare în episodul maniacal;
• stinsă, hipomobilă – apare în episodul depresiv;
• rătăcită – apare în stări confuzive;
• detaşată – apare în schizofrenie.

Expresia mimică
Mimica poate îmbrăca câteva aspecte: de la o *hiperactivitate* (hipermimie) care exprimă satisfacţia, bucuria; la una *imobilă*, comisurile bucale coborate, cu omega melancolic la nivelul frunţii (aşa cum apare în depresie); *artificială*, de împrumut, demonstrativă (ca în isterie). În patologia psihiatrică putem întâlni o mare varietate de modificări mimice.

Pantomimica
Reprezintă ansamblul şi frecvenţa gesturilor, atitudinea şi manifestările motorii. În această categorie se încadrează:
• *Manierismele* - comportamentul motor se modifică, iar mişcările apar nemotivate, artficiale, bizare. Mişcările sunt în discordanţă cu starea afectivă şi conţinutul ideativ;
• *Bizarerii* - grade diferite de comportare manieristă, gesturile nu au caracter logic.



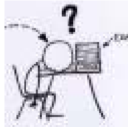
Rezumat

Această unitate de studiu prezintă tulburările comunicării verbale şi nonverbale. Tulburările limbajului (oral şi scris) sunt clasificate în tulburări de formă şi de conţinut
Tulburările comunicării nonverbale se referă la modificări şi particularităţi care ţin de: aspectul vestimentar, privirea, mimica, gesturile şi atitudinile unei persoane.
.



Cuvinte cheie

Dislogii
Dislalii
Disfazii



Teste de autoevaluare

1. Definiţi dislogiile (pg. 33)
2. Prezentaţi tulburările de formă ale limbajului oral. (pg. 33-34)
3. Descrieţi tulburările de conţinut ale limbajului oral. (pg. 34)
4. Care sunt tulburările comunicării nonverbale şi care sunt tulburările mentale în care se întâlnesc acestea? (pg. 34-35)



Concluzii

În această prelegere am prezentat tulburările comunicării verbale şi nonverbale. Cunoaşterea acestora este foarte importantă, întrucât tulburările comunicării reflectă tulburările de gândire şi pe cele afective. Tulburările comunicării sunt uşor de sesizat de către cei din jur, constituind simptome şi semne clare ale tulburărilor psihice.

UNITATEA 6

TULBURĂRILE CONDUITEI MOTORII

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să definească agitaţia motorie şi să precizeze în ce tulburări mentale se manifestă;
- să descrie tulburările caracterizate prin diminuarea activităţii motorii;
- să definească sindromul catatonic;
- să diferenţieze ticurile de stereotipii;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale:

- caracterizarea generală activităţii motorii;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universităţii Titu Maiorescu, Bucureşti, 2008..
- 3. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
- 4. Tudose, F., *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed Fundaţia România de Mâine, Bucureşti, 2007.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE CONDUITEI MOTORII

6.1. Exacerbarea activităţii motorii

Exacerbarea activităţii motorii poartă numele de **hiperkinezie.**
Agitaţia psihomotorie reprezintă forma extremă de exacerbare a conduitei activităţii motorii, care are etiologie polimorfă şi are un caracter dezordonat, cu lipsă de scop şi eficienţă.
Agitaţia psihomotorie are caracterstici diferite în funcţie de entitatea clinică în care o întâlnim. În demenţe sau oligofrenie agitaţia apare brusc la incitaţii minime, are caracter stereotip, cu tendinţa la agresivitate verbală în demenţe şi fizică în oligofrenie
Agitaţia în stări maniacale poate imbrăca aspectul iritabilităţii în stările prodromale, poate asocia polipragmazie (efectuarea mai multor lucruri în acelaşi timp) sau poate îmbrăca aspectul extrem - furorul maniacal.
Stările depresive pot include ca semn în agitaţia psihomotorie; ea se caracterizează printr-o stare de nelinişte şi dezordine motorie de mare violenţă, cum ar fi loviri, omucideri, sinucideri sau raptusul melancolic.
În epilepsie poate apare intercritic la incitaţii minime furor epilepticus, de asemenea, cu mare agresivitate urmat de amnezie.
În cadrul tulburărilor de personalitate care se pot decompensa putem întâlni uneori alura teatrală cu tendinţa de a impresiona sau şantaja, iar în tulburarea de tip antisocial agitaţia poate deveni suficient de intensă pentru a intra în conflict cu legea.
In stările reactive agitaţia este generată de sentimentul de frustrare şi paroxismele anxioase. Agitaţia este dezorganizată, discretă, pacienţii se mişcă în continuu îşi frâng mâinile, cer compasiune. În schizofrenie apare imprevizibil, are intensităţi variabile de la redusă la extrema, incomprehensibilitatea conduitei, vorbirea şi mişcările au caracter simbolic.
Acatisia este o formă specială de agitaţie care se manifestă prin nevoia de mişcare permanentă, disconfort muscular şi imposibilitate de a păstra o anumită poziţie o perioadă veriabilă de timp. Este generată de tratamentul cu neuroleptice (antipsihotice).

6.2. Diminuarea activitatii motorii

Diminuarea activitatii motorii (hipokinezie), reprezintă inhibiţia psihomotorie caracterizată prin lentoarea mişcărilor până la întreruperea activităţii motorii (*akinezia*).
Oprirea bruscă a oricărei mişcări poartă denumirea de *baraj motor*.
Fadingul motor constă în diminuarea mobilităţii până la dispariţia oricărui gest sau acţiuni.
Stupoarea reprezintă imobilitate completă, pacienţii devin inerţi, nu răspund solicitărilor din afară sau răspund foarte greu cu o mimică impietrită sau inexpresivă.
Entităţi nosografice în care întâlnim stupoarea: stupoarea nevrotica (isterie) apare brusc mai ales după stări conflictuale şi este însoţită de mimica anxioasă; stuporea psihotică apare în depresie când asociază faciesul melancolic; în schizofrenie stupoarea se însoţeşte de facies amimic, akinetic, apar hipertonii (contracturi) localizate şi variabile, participă pasiv la activitatea anturajului. Stupoarea confuzivă se caracterizează prin activitate psihică aproape suspendată. Interfera cu stari delirant oneiroide.
Catalepsia este totala inerţie motorie, cu uşoară hipertonie musculară cu păstrarea mult timp a aceleiaşi pozitii (flexibilitatea ceroasă). Aceasta cunoaşte mai multe *forme*:

- *Somnul cataleptic,* care apare în mod brusc, cu îngustarea câmpului conştiinţei, inhibiţie motorie completă, respiraţie imperceptibilă dând impresia morţii aparente. Durata de manifestare este lungă, de la ore până la zile.
- *Catatonia,* care este o stare de etiologie neprecizată cu manifestări multiple ce interesează activitatea motorie. Datorită polimorfismului simptomatologic, catatonia este un sindrom complex în care pe primul plan se află tulburările comportamentului motor. Astfel, comportamentul motor se desfăşoară pe un fond de inerţie şi catalepsie sau pe o stare de fixare tonică, persistentă a corpului în anumite poziţii. Sindromul catatonic de origine psihică evoluează pe fondul de luciditate a conştiinţei. Elementele catatoniei sunt:
- Sugestibilitatea - influenţarea prin sugestie cu receptivitate extremă a pacientului. Acceptă recomandările interlocutorului, execută automat toate ordinele, are caracter imitativ. Acesta este sindromul ecopatic alcătuit din ecopraxie, ecolalie, ecomomie;- Negativismul reprezintă tendinţa de a opune rezistenţă, el este pasiv opune rezistenţă la ordine, nevoi fiziologice şi activ, atunci când execută în mod invers ordinul primit;
- Stereotipii: tendinţa de repetare a uneia şi aceleiaşi manifestări în atitudine, limbaj mişcări;
- Stupoarea catatonică sau agitaţia catatonică;
- Hipertonia musculară generalizată;
- Flexibilitatea ceroasă.

Simptomele pot fi întâlnite în asocieri variabile ceea ce nu înseamnă că este obligatoriu sau le întâlnim pe toate la un pacient. De asemenea, un singur simptom nu poate pune diagnosticul de catatonie.

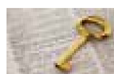
6.3. Alte tipuri de manifestări ale activităţii mororii

Ticurile: tulburări ale activităţii motorii cu mişcări care au caracter intempestiv, repetitiv şi rapid date de contractarea unor muşchi, scăpate de sub control voliţional; sunt mişcări parazitare.
Stereotipii: tendinţa de repetare a uneia şi aceleiaşi manifestări în atitudine, limbaj mişcări;



Rezumat

Tulburările activităţii motorii constau în exacerbarea sau diminuarea ei, dar şi în mişcări parazitare (ticuri, stereotipii). Forma extremă de exacerbare a activităţii motorii este agitaţia psihomotorie. Inhibiţia psihomotorie este caracterizată prin lentoarea mişcărilor până la întreruperea activităţii motorii.



Cuvinte cheie

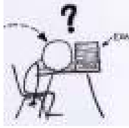
Agitaţie psihomotorie

Baraj motor

Fading motor

Stupoare

Catatonie



Teste de autoevaluare

1. Definiţi agitaţia psihomotorie şi precizaţi în ce entităţi nosografice se găseşte. (pg. 39)
2. Prezentaţi semnele şi simptomele psihomotorii caracterizate prin diminuarea activităţii motorii. (pg. 39-40)
3. Definiţi ticurile. (pg. 40)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările conduitei motorii, care sunt indicatori foarte utili în sesizarea tulburărilor mentale.

UNITATEA 7

TULBURĂRILE IMAGINAŢIEI

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască formele imaginaţiei;
- să descrie tulburările cantitative ale imaginaţiei;
- să fie familiarizat cu tulburările calitative ale imaginaţiei;
- să cunoască entităţile nosografice în care se întâlnesc tulburări cantitative şi calitative ale imaginaţiei;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:

- definiţia imaginaţiei;
- formele imaginaţiei;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universităţii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
- 4. Tudose, F., *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed Fundaţia România de Mâine, Bucureşti, 2007.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

Este de două ore.



TULBURĂRILE IMAGINAŢIEI

7.1. Definiţia şi formele imaginaţiei

Proces psihic de prelucrare, transformare şi sintetizare a reprezentărilor şi ideilor în scopul făuriri de noi imagini şi idei.

Formele imaginaţiei

a) *neintenţională* (pasivă) reprezentate de vis, reverie; toate tendinţele, aspiraţiile şi dorinţele, gânduri intime care se manifestă în vis;
b) *intenţională* (activă), care se poate clasifica astfel:
• *Reproductivă:* constă în asocierea elementelor verbal-imaginative cu imagini ce vin din experienţa proprie (cum se întâmplă în cazul citirii unei cărţi);
• *Vis de perspectivă:* se referă la proiectarea mentală a dorinţelor, aspiraţiilor şi planurilor de viaţă;
• *Imaginaţie creatoare*: ideea sau planul viitoarei acţiuni sunt anticipate imaginativ,

7.2. Tulburările imaginaţiei

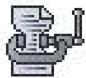
Acestea sunt strâns legate cu cele ale gândirii.

7.2.1. *Tulburările cantitative ale imaginaţiei*

Scăzută: oligofrenii, demenţe, depresie.
Exaltarea imaginaţiei - apare în intoxicaţii, episoade expansive, deliruri cronice din schizofrenie.
Mitomania sau pseudologia fantastică Birnbaum: isteria, deliruri de imaginaţie.
Relatarea mitomană se caracterizează prin existenţa a patru etape de elaborare:
- organizarea romanescă a trăirii cuprinde aspectul formal al discursului care nu este adecvat conţinutului şi este sesizat de interlocutor;
- alibiul existenţial: indiferent de forma şi conţinutul relatării, ideile merg univoc, unidirecţional spre supraestimarea propriei persoane; - suprasemnificarea: trecerea de la simpla exagerare la fabulaţia cea mai amplă, pentru a atrage atenţia asupra sa;
- conduita de teamă care apare în urma posibilei descoperiri a caracterului fabulator al relatării.

7.2.2 *Tulburările calitative ale imaginaţiei*

- *Simulaţia*: reprezintă falsificarea adevărului în privinţa stării de sănătate. Fidelitatea simulării depinde de: imaginaţia, inteligenţa şi rezistenţa celui ce simulează.
- *Metasimulaţia*: după un episod psihotic acut, real, pacientul refăcut perseverează în acuzele sale anterioare;
- *Suprasimulaţia*: amplificarea simptomatologiei unei afecţiuni somatice sau psihice preexistente;
- *Disimularea*: ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli, pentru a se sustrage de la tratamentul obligatoriu. Această tulburare apare în depresia cu risc suicidar.



Rezumat

Tulburările imaginaţiei se împart în: cantitative şi calitative. Tulburările cantitative se referă la scăderea sau la exaltarea imaginaţiei. Tulburările calitative ale imaginaţiei sunt: simulaţia, suprasimulaţia, metasimulaţia şi disimularea.



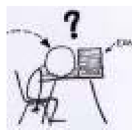
Cuvinte cheie

Simulaţie

Disimulare

Metasimulaţie

Suprasimulaţie



Teste de autoevaluare

1. Definiţi mitomania (pg. 44)
2. Prezentaţi tulburările calitative ale imaginaţiei. (pg. 44)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările imaginaţiei. În capitolul următor prezentăm tulburările conştiinţei.

UNITATEA 8

TULBURĂRILE CONŞTIINŢEI

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască tulburările cantitative ale conştiinţei;
- să definească detaşarea de realitate:
- să cunoască tulburările calitative ale conştiinţei;
- să fie familiarizat cu entităţile nosografice în care apar tulburări de conştiinţă.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:
- Definiţia, caracterizarea şi accepţiunile noţiunii de conştiinţă.



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

Este de două ore.



TULBURĂRILE CONŞTIINŢEI

8.1. Conştiinţa din perspectivă psihologică şi medicală

Conştiinţa are mai multe definiţii, în funcţie de domeniul în care este tratată.
Conştiinţa, din perspectiva psihologică, reprezintă procesul de reflectare a propriului eu şi a lumii înconjurătoare.
Din perspectiva medicală, conştiinţa reprezintă capacitatea de apreciere corectă a mediului şi a propriei persoane, capacitate strâns legată de funcţionarea normală a proceselor mentale şi care se manifestă numai în perioada în care subiectul este treaz (M.J. Georgescu).
Starea de conştienţă (starea de luciditate) este capacitatea şi claritatea reflectării, cât şi înţelegerea realităţii obiective.
Criteriile de clasificare după Jaspers a tulburărilor de conştiinţă:
• Detaşarea de realitate: cuprinde următoarele aspecte: ridicarea pragurilor senzoriale cu perceperea realităţii în mod estompat, mai puţin distinct, hipoprosexie de fixare, hipomnezie sau amnezia evenimentelor: fixarea evenimentelor este fragmentară, superficială;
• Tulburarea memoriei: apare amnezie postcritică, cu dificultăţi în privinţa evocării unor fapte importante din antecedentele insului, chiar dacă sunt foarte bine fixate şi redate în afara stării confuzive, hipomnezia şi amnezia sunt generate de perturbarea profundă a funcţiilor psihice;
• Dezorientarea este secundară tulburărilor mnezice şi prosexice, are intensitate diferită, se poate referi la: spaţiul geografic în care se află, spaţiul fizic, la orientarea în timp, în cazuri grave la orientarea autopsihică;
• Incoerenţa ideativă şi a activităţii evoluează, însoţite de semnele enumerate mai sus; incoerenţa ideativă nu urmează direct proporţional intensitatea tulburării de conştiinţă, ea poate asocia productivitate senzorială psihotică.
Tulburările conştiinţei pot fi clasificate în cantitative şi calitative.

8.2. Tulburările cantitative ale conştiinţei

Aceste tulburări apar cel mai frecvent în afecţiunile neurologice.
Starea de veghe: funcţiile psihice se desfăşoară cu claritate, luciditate şi sub controlul raţiunii. Formele principale:
• *Obtuzie* - imprecizie, dificultăţi asociative, pierderea mobilităţii ideative;
• *Hebetudine* - perplexitate, detaşare, indiferenţă faţă de situaţia în care se află;
• *torpoare-dezorientare uşoară*, hipokinezie, reducerea iniţiativei, indiferentism, apatie;
• *obnubilare* - orientare incompletă şi dificilă în spaţiul imediat, bradipsihie, bradikinezie, informaţii vagi despre propria persoană;
• stupoare - activitatea psihomotorie pare suspendată, răspunde numai la stimuli foarte puternici;
• *sopor* - reacţiile la stimuli senzoriali foarte reduse, somnolenţă accentuată
• coma-apsihism;
• *pierderea completă a conştiinţei*, se realizează prin disoluţia funcţiilor de relaţie, conservarea uneori relativă a funcţiilor vegetative.

8.3. Tulburările calitative ale conştiinţei

Aceste tulburări sunt caracterizate prin modificări de natură organică ale percepţiei realităţii, asociate cu destructurări ale funcţiilor cognitive.
Îngustarea câmpului conştiinţei: focalizarea conştiinţei asupra unei idei, amintiri, acţiuni de care nu se poate desprinde, conştiinţa nu poate cuprinde întreaga experienţă prezentă, duce la deformarea relaţiei cu realitatea.
Starea crepusculară constă în îngustarea câmpului clarităţii conştiinţei în diferite grade, cu debut şi sfârşit brusc, menţin automatismele motorii, cu posibilitatea de efectuare a unor acte complexe. Are loc alterarea profundă a reflectării senzoriale, pot asocia idei delirante, halucinaţii auditive imperative, sau vizuale.
Confuzia mintală (Starea confuzională, Delirium). Este consecinţa unei afecţiuni organice cerebrală acute, ce duc la modificări ale conştiinţei cu caracter tranzitoriu. Debutul este brutal, îmbracă aspectul de ruptură, hiatus faţă de comportamentul avut anterior, are loc o denivelare a conştiinţei în diferite grade (torpoare, obnubilare, comă). Prezintă dezorientarea în spaţiu şi timp, tulburări masive de percepţie, terifiante, evoluează pe fondul unei anxietăţi marcate, idei delirante polimorfe şi fragmentare, absurde. Asociază uneori febra şi deshidratare.
Starea oneiroidă este caracterizată prin infiltrarea construcţiilor visului în gândirea vigilă, la care asistă, nu participă, amestec între fragmente ale realităţii reflectate şi reprezentări senzoriale plastice, are reminiscenţe halucinatorii şi idei de vis ce au o coerenţă şi sistematizare.
Starea amentivă: simptomatologie polimorfă, alterarea profundă a conştiinţei propriului eu, prezintă dezorientare totală, incoerenţa ideativă este maximă, vorbirea este ininteligibila, agitaţie dezordonată, de obicei, în limitele patului.

8.4. Depersonalizarea şi derealizarea

Depersonalizarea este situată la*"frontiera psihopatologiei conştiinţei şi a personalităţii"* (S. Folin). *Depersonalizarea este o stare (nu este un simptom sau sindrom).* P. Janet consideră că *"nu este o stare, ci un moment de evoluţie".* În depersonalizare elementul esenţial este impresia de schimbare. Depersonalizarea poate viza impresia de schimbare psihică numită *desanimare sau schimbare somatică: desomatizare. Este redată prin sentimentul anxiogen al modificării propriului eu: "Au impresia că nu mai sunt ei, caută să se regăsească pe ei înşişi, par a fi pierdut simţul unităţii propriei persoane."*
Starea de depersonalizare "se trăieşte" prin impresia de inautenticitate; această modificare atinge forul intim al individului, subiectivitatea sa profundă. Este trăită pe fundalul unei profunde îngrijorări şi reuneşte anxietate, perplexitate şi stranietate.
Derealizarea reprezintă impresia (sentimentul) de înstrăinare, îndepărtare şi nonfamiliaritate a realităţii trăite anterior. Pacientul are sentimentul iluzoriului, irealităţii, cu un colorit cenuşiu, se exprimă prin pierderea autenticităţii şi a receptivităţii psihosenzoriale a ambianţei.



Rezumat

Tulburările cantitative ale conştiinţei se referă la alterarea în grade diferite a lucidităţii conştiinţei, mergând de la obtuzie până la comă.
Tulburările calitative ale conştiinţei sunt caracterizate prin modificări de natură organică ale percepţiei realităţii, asociate cu destructurări ale funcţiilor cognitive.

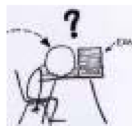


Cuvinte cheie

Obtuzie

Obnubilare

Stare crepusculară



Teste de autoevaluare

1. Definiţi conştiinţa din perspectivă psihologică. (pg.48)
2. Prezentaţi tulburările cantitative ale conştiinţei. (pg. 48)
3. Definiţi starea crepusculară. (pg.49)
4. Definiţi confuzia mintală (delirium). (pg. 49)



Concluzii.

În această unitate de studiu am prezentat tulburările de conştiinţă, care se referă atât la alterarea în grade diferite a lucidităţii conştiinţei, cât şi la modificări de natură organică ale percepţiei realităţii, asociate cu destructurări ale funcţiilor cognitive.

UNITATEA 9

TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

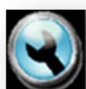
CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să prezinte caracteristicile şi tipurile trăirilor afective;
- să cunoască tulburările cantitative ale afectivităţii;
- să definească depresia ca o hipertimie negativă;
- să descrie paratimiile;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale şi psihoneurofiziologiei:

- definiţia afectivităţii;
- clasificarea trăirilor afective;
- caracteristicile emoţiilor;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

8.1. Definiţia afectivităţii şi componentele sale

Reprezintă ansamblu de manifestări psihice care reflectă realitatea prin trăiri pozitive şi negative. Ea cuprinde două componente: *afectivitate bazală* care include stări afective elementare (starea de afect), emoţii, dispoziţie şi *afectivitatea elaborată* care include sentimentele şi pasiunile.
Starea de afect reprezintă o încărcătură emoţională puternică, cu debut brusc, desfăşurare furtunoasă şi efecte dezorganizate asupra comportamentului: "expresia observată a emoţiilor" (Kaplan, citat de Georgescu). Se însoţeşte de modificări mimico pantomimice şi neurovegetative şi are o capacitate scăzută de coordonare a răspunsurilor. Afectele sunt în strânsă legătură cu ceea ce reprezintă conţinutul gândirii. Ele pot fi adecvate, concordante conţinutului gândirii sau inadecvate, când vorbim de neconcordanţa între reacţia afectivă şi conţinutul gândirii.
Emoţia este un sistem motivaţional complex şi reprezintă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect şi obiecte, fiinţe, fenomene. Au manifestare spontană şi creează o tensiune afectivă de mai mică amplitudine. Emoţiile pot fi *pozitive* ca plăcerea, bucuria, satisfacţia sau *negative* cum sunt neplăcerea, tristeţea, frica. Pe de altă parte, emoţiile pot fi *stenice* când ajută la creşterea capacităţii de efort şi *astenice* care contribuie la scăderea rezistenţei la efort.
Dispoziţia (sau starea timică) este starea afectivă generală, de fond, permanentă, de durată, cu o intensitate medie. Este rezultanta tuturor impulsurilor extero-, intero- sau proprioceptive. Este determinată de gradul de adaptare la ambianţă. Ea oscilează între tristeţe şi bucurie.
Sentimentele sunt trăiri emoţionale complexe, stabile şi generalizate, ele sunt interiorizate şi influenţează conduita.
Pasiunile presupun o amplitudine mai mare, o angajare mai puternică din partea individului şi sunt puternic instrumentate voliţional.
Tulburările afective pot fi grupate în cantitative şi calitative.

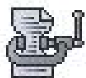
9.2. Tulburările cantitative ale afectivităţii

Hipotimia reprezintă scăderea în grade diferite a tensiunii afective, iar expresivitatea mimică este redusă. Această formă de tulburare apare în oligofrenii, demenţe,
Atimia reprezintă scăderea capacităţii de rezonanţă afectivă, inexpresivitate mimico-pantomimică.
Apatia este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă şi interes pentru propria persoană.
Hipertimia este de o importanţă deosebită pentru patologia psihiatrică (V. Predescu). În cadrul acesteia sunt cuprinse mai multe forme:
Depresia este o hipertimie negativă caracterizată prin tristeţe nemotivată, cu sentimentul durerii morale. Este o trăire puternică cu participare afectivă intensă ideaţie cu ritm încetinit, conţinut trist, idei de inutilitate, idei de devalorizare. Activitatea motorie este scăzută până la inhibiţie motorie sau nelinişte anxioasă, mimica este hipomobilă, comisurile bucale căzute, corpul încovoiat, braţele căzute pe lângă corp, în tot ce simte întrezăreşte răul. Apar modificări ale instinctelor mai ales cel alimentar, inapetenţa iar în privinţa somnului cel mai frecvent sunt insomnii

şi/sau somn neodihnitor cu coşmaruri. Instinctul sexual este diminuat. Instinctul de conservare este scăzut. Depresia este întâlnită frecvent în cadrul afecţiunilor psihice. *Anestezia psihică dureroasă* constă în senzaţia că nu se poate bucura, întrista, înduioşa, nu mai poate simţi afecţiune pentru cei din jur, pentru persoanele apropiate; În concluzie, persoana pierde capacitatea de rezonanţă afectivă. Depresia şi anestezia psihică dureroasă pot culmina prin exacerbări critice cunoscute drept raptusul melancolic cu risc suicidar.
Euforia: stare de încărcătură afectivă pozitivă, exagerarea dispoziţiei cu veselie exagerată. Apare o stare de plenitudine, bine general, sănătate, forţă, putere. Ideaţia se desfăşoară în ritm alert, materializată prin logoree, conţinutul limbajului este presărat de glume şi calambururi contagioase (stârnesc râsul). Mimica hipermobilă, bogată, gesturi ample, apare tendinţa de supraapreciere. În cadrul dispoziţiei expansive se întâlneşte polipragmazia (implicarea în mai multe activităţi în acelaşi timp). Instinctele se modifică: aici vorbim de scăderea necesarului de somn, nici într-un caz nu vorbim de insomnii, apare exacerbarea trebuinţelor şi tendinţelor în special sexuale. Şi aici este o scădere a instinctului de conservare mai ales datorită neglijării riscului la care se poate expune. Apare în episodul maniacal.
Disforia este o stare mixtă caracterizată prin dispoziţie depresiv anxioasă, de rău general, disconfort somatic, nelinişte, ce asociază logoree, excitabilitate crescută, impulsivitate, comportament coleros. Apare în boala afectivă, în epilepsie, dependenţa de alcool.
Anxietatea este teama difuză fără obiect, este desprinsă de concret. Frica este iraţională, în absenţa unui pericol real, este proiectată în viitor şi desprinsă de concret, este mai mult potenţială decât actuală. De cele mai multe ori apare depresia. Se însoţeşte de manifestări somatoforme în diverse sfere: cardiovasculară cu tahicardie, palpitaţii, modificarea tensiunii arteriale; gastrointestinală: cum ar fi greaţa, vărsături, modificarea tranzitului intestinal. Mai putem întâlni modificări respiratorii cu senzaţia de lipsa de aer, senzaţia de sufocare. În mod particular senzaţia de "nod în gât" care nu are nici un substrat organic ci este numai o manifestare somatoformă. Alte manifestări care se pot întâlni sunt: tremurături, fatigabilitate, transpiraţii, cefalee, ameţeli etc. Acestea apar în tulburările anxioase.

9.3. Tulburările calitative ale afectivităţii

Paratimiile sunt reacţii aberante şi indecvate, paradoxale faţă de motive, situaţii sau evenimente.
Inversiunea afectivă este o reacţie afectivă negativă faţă de persoane pe care le-a iubit înainte de a se îmbolnăvi (părinţi, fraţi, copii). Această formă de tulburare a afectivităţii apare în schizofrenie.
Ambivalenţa afectivă este caracterizată prin prezenţa simultană a două emoţii, sentimente opuse, contradictorii. Această formă de tulburare a afectivităţii apare în schizofrenie.



Rezumat

Tulburările afective sunt cantitative (se referă la creşterea sau scăderea în grade diferite a tensiunii emoţionale) şi calitative (reacţii aberante şi indecvate, paradoxale faţă de motive, situaţii sau evenimente).



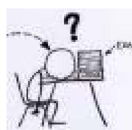
Cuvinte cheie

Hipotimia

Hipertimia

Atimia

Paratimii



Teste de autoevaluare

1. Definiţi paratimiile. (pg. 54)
2. Prezentaţi tulburările cantitative ale afectivităţii. (pg. 53-54)
3. Definiţi inversiunea afectivă şi precizaţi în ce tulburări mentale apare.(pg. 54)



Concluzii.

În acest curs am prezentat tulburările afectivităţii, iar în unitatea de studiu care urmează prezentăm tulburările de voinţă.

UNITATEA 10

TULBURĂRILE VOINŢEI

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să prezinte etapele actului voliţional
- să cunoască tulburările cantitative ale voinţei;
- să descrie tulburările calitative ale voinţei;
- să cunoască entităţile nosografice în care apar tulburări de voinţă.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei generale:

- caracterizarea generală a voinţei;
- fazele actului voluntar;
- calităţile voinţei;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu
*Este de două ore***.**



10. TULBURĂRILE VOINŢEI

10.1 Voinţa – definiţie şi caracterizare generală

Este funcţia psihică prin care se realizează trecerea conştientă de la o idee sau raţionament la o activitate, sau inhibiţia unei activităţi în vederea realizării unui anumit scop.
Desfăşurarea actului voliţional cuprinde mai multe *etape*:
- Formularea scopului: sub raport afectiv tendinţa este trăită ca o dorinţă iar în planul conştiinţei devine motiv;
- Lupta motivelor: motivul apărut se luptă cu alte motive potenţiale sau active. În cazul scopului unic lupta se tranşează spontan;
- Adoptarea hotărârii: constă în definirea scopului şi pregătirea acţiunii;
- Execuţia (îndeplinirea) acţiunii; trecerea la acţiune implică efortul voliţional, predomină aspectul cantitativ al procesului voliţional. Răspunde la întrebarea "CÂT POŢI ?"

Tipurile de voinţă
Voinţa activă: care stă la baza perseverenţei, tenacităţii şi îndeplinirii izbutite a unei activităţi. Are rol mobilizator, de susţinere a efortului voliţional; mai poartă denumirea de voinţă de suport.
Voinţa inhibitorie este responsabilă de stăpânirea de sine, determină reţinerea în anumite situaţii, frânează reacţia imediată. Se opune unor tendinţe impulsive, stă la baza conduitei amânării.

10.2. Tulburările de voinţă (disbulii)

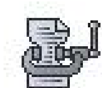
Tulburările afective pot fi grupate în cantitative şi calitative.

10.2.1. Tulburările cantitative ale voinţei

Hiperbulia reprezintă exagerarea forţei voliţionale. Poate apare la normali, iar în patologie apare rar deoarece se dezorganizează suportul motivaţional; o întâlnim în stări obsesivo-fobice; la toxicomanii hiperbulia are caracter unidirecţional şi electiv în sensul procurării drogului. În cadrul tulburării delirante hiperbulia este selectivă si unilaterală.
Hipobulia se referă la scăderea forţei voliţionale ce se traduce prin scăderea capacităţii de a acţiona. Pacientul ştie ce trebuie să facă, dar nu poate. Este comună unei mari tulburări din patologia psihiatrică: depresie, schizofrenie, demenţe.
Abulia se referă la lipsa de iniţiativă, incapacitatea de a acţiona. Apare în catatonie, depresii profunde.

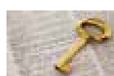
10.2.2. Tulburările calitative ale voinţei

Disabulia reprezintă dificultatea de a trece la o acţiune sau de a sfârşi o acţiune începută, însoţită de perplexitate şi cu o notă afectivă negativă. Apare în schizofrenie.
Parabulia este insuficienţa voliţională însoţită sau determinată de anumite dorinţe, pulsiuni sau acte paralele. Apare în nevroze motorii (ticuri).
Impulsivitatea constă în insuficienţa voinţei pasive, inhibitorii ceea ce duce la lipsă de frână şi comportament impulsiv. Rezultă acte impulsive, intempestive cu un caracter antisocial, reprobabil şi dramatic. Apare în tulburările de personalitate.



Rezumat

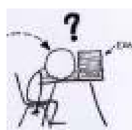
Există două forme ale voinţei:
- *voinţa activă*: care stă la baza perseverenţei, tenacităţii şi îndeplinirii izbutite a unei activităţi.
-*voinţa inhibitorie* este responsabilă de stăpânirea de sine, determină reţinerea în anumite situaţii, frânează reacţia impulsivă imediată.
Tulburările voinţei sunt cantitative (creşterea sau scăderea marcată a forţei voliţionale) şi calitative (disabulia, parabulia şi impulsivitatea).



Cuvinte cheie

Disabulie

Parabulie



Teste de autoevaluare

1. Definiţi voinţa pasivă. (pg. 58)
2. Prezentaţi tulburările cantitative ale voinţei. (pg. 58)
3. Definiţi disabulia şi parabulia. (pg. 59)



Concluzii.

În această prelegere am prezentat tulburările de voinţă. Impulsivitatea este prezentă în multe tulburări de personalitate, pe care le vom descrie în cursurile următoare.

UNITATEA 11

TEORII ALE PERSONALITĂŢII

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască accepţiunile termenului de personalitate;
- să prezinte personalitatea din perspectivă psihanalitică.
- să cunoască şi celelalte direcţii de abordare a personalităţii (psihometrică şi umanistă);
- să descrie aspectele personalitîţii pe care se concentrează teoriile unidimensionale;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei personalităţii:

- Accepţiunile termenului de personalitate.
- Teoriile personalităţii.



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

Este de două ore.



TEORII ALE PERSONALITĂŢII

11.1. Definirea personalităţii

Personalitatea umană constituie, direct sau indirect, terenul de intersecţie al mai multor discipline ştiinţifice; este un univers care incită permanent la cunoaştere. Termenul se referă la disponibilităţile generale şi caracteristice exprimate de o persoană şi conturează identitatea ei specifică. Personalitatea se referă la forme distincte şi caracteristice de gândire, emoţionalitate şi comportament care definesc stilul personal al unui individ şi-i influenţează interacţiunile cu mediul.
Definirea personalităţii Termenul de personalitate vine de la cuvântul etrusc "persona" (mască, rolul jucat de actor pe scenă) şi desemnează omul considerat sub toate aspectele: biologico-genetice, psihologice, morale, culturale si sociale. Este integrat în sistemul conceptual de diverse discipline (psihologie, sociologie, pedagogie, istorie, etică, politologie) unde cunoaşte accepţiuni relativ diferite: sociologia atribuie termenul pentru a diferenţia indivizii după contribuţia adusă într-un anumit domeniu de activitate; psihologia atribuie termenul la fiecare dintre indivizii normali.
Există un număr mare de teorii privind personalitatea, fiecare dintre acestea oferind o definiţie proprie. G. W. Allport şi H. S. Odbert (1936) au inventariat un număr de 50 de definiţii ale personalităţii, iar Mc Cleland (1951) un număr de peste 100. În structura personalităţii au fost identificaţi 300 de factori şi 1000 de variabile (Eysenck, Cattel, Guilford). Principalele divergenţe dintre autori se referă la conţinutul personalităţii, a metodologiei folosite în studiul ei şi a modului de interpretare a informaţiilor.
Redăm câteva dintre definiţiile reprezentative privind personalitatea:
- este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea şi comportamentul său specific (G. Allport, 1981, p. 40);
- este unitatea bio-psiho-socială constituită în procesul adaptării individului la mediu şi care determină un mod specific, caracteristic şi unic de comportare în diversitatea situaţiilor externe (Mischel, 1968; Wiggins, 1971);
- este un sistem hipercomplex, cu autoorganizare, teleonomic, determinat biologic şi socio-cultural, cu o dinamică specifică, individualizată (M. Golu, 1972, 1993) etc.

În urma analizei diverselor definiţii sunt evidenţiate, în general, următoarele caracteristici ale personalităţii (Perron, 1985):
- *globalitatea*: personalitatea este constituită din ansamblul de caracteristici ce permit descrierea şi identificarea unei persoane printre celelalte;
- *coerenţa*: există o anumită organizare şi interdependenţe ale elementelor componente ale personalităţii;
- *stabilitatea temporală*: există anumite legi de organizare care au o acţiune permanentă, astfel chiar dacă persoana se dezvoltă, se transformă, ea îşi păstrează identitatea.

Psihologia personalităţii încearcă, pe de o parte să explice diferenţele interindividuale, iar pe de altă parte, să sintetizeze într-o imagine integratoare persoana.
Personalitatea poate fi abordată din mai multe perspective:

- *general-uman,* în sensul că fiecare individ prezintă anumite particularităţi caracteristice, comune tuturor oamenilor;
- *tipologic (de grup),* nivel care se referă la faptul că indivizii aparţinând anumitor grupări sociale, colectivităţi, epoci istorice, au trăsături caracteristice care-i diferenţiază de alţi indivizi;
- *particular (individual)* - în sensul că fiecare om este unic şi irepetabil din punct de vedere al configuraţiei trăsăturilor sale; aşa cum nu există doi indivizi identici din punct de vedere anatomo-fiziologic, cu atât mai mult la nivelul deosebit de complex al personalităţii repetabilitatea nu este posibilă.

Cunoaşterea obiectiv-ştiinţifică a personalităţii, stabilirea mecanismelor şi modelelor explicative ale acesteia sunt deosebit de dificile datorită complexităţii acesteia. La formarea personalităţii contribuie o diversitate de factori: ereditatea; educaţia, cultura etc. Complexitatea personalităţii determină necesitatea participării mai multor discipline la studierea ei: biologice, psihologice, sociale, culturale.

11.2. Teorii ale personalităţii

Psihologia personalităţii are, în general, două obiective majore: separarea variabilelor specifice, care diferenţiază indivizii (diferenţele interindividuale); sintetizarea proceselor psihologice care pot influenţa interacţiunea individului cu lumea într-o perspectivă globală, a întregii persoane.

Vom prezenta direcţiile majore de abordare ale personalităţii din următoarele perspective: psihanalitică; psihometrică; învăţării sociale; umanistă. Fiecare dintre aceste abordări oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalităţii, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în acelaşi timp o anumită notă specifică. Mulţi dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de abordare, în scopul obţinerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.

11.2.1. Abordarea psihanalitică

Conform teoriei lui Freud, comportamentul este produs de conştient şi de forţe instinctive. Freud a elaborat un model în care a identificat trei niveluri ale psihicului: conştientul, preconştientul şi inconştientul. *Conştientul* conţine gândurile şi sentimentele de care individul îşi dă seama la un moment dat. Principala sa funcţie este să răspundă la realitatea externă, de a evita pericolul, de a menţine un comportament acceptabil social. *Incoştientul* conţine amintiri reprimate („uitate"), incluzând dorinţe şi impulsuri în proporţie ridicată sexuale sau agresive. Acestea pot determina gânduri şi comportamentele conştiente. *Preconştientul* conţine gânduri ce nu sunt conştiente la un moment dat, dar care la nevoie sunt accesibile. El acţionează ca un filtru, cenzurând dorinţele inacceptabile, permiţând pătrunderea lor în conştient atunci când li se acceptă originile inconştiente.

Oamenii se nasc cu pulsiuni instinctuale care le motivează şi adaptează comportamentul încă din copilărie. O idee centrală a lui Freud pentru a explica originile personalităţii a fost conceptul de *libido,* pe care-l consideră ca fiind o energie vitală generală, motivantă. Energiile instinctuale (pulsiunile sexuale şi cele agresive) se acumulează în timp, în condiţiile în care nu apare un mijloc de a le elibera. Influenţele asupra comportamentului pot fi: reducerea tensiunii; nevoia de a face faţă cerinţelor imediate ale mediului sau istoriei dezvoltării personale din

copilărie. Orice comportament are determinări multiple. Experienţele dobândite în copilărie au o influenţă importantă asupra dezvoltării personalităţii.
Ulterior, Freud consideră că personalitatea este constituită din trei structuri majore: *Sinele (inconştientul, Id), Eul (preconştientul, Ego), şi Supraeul (conştientul, Superego). Sinele* este determinat biologic şi conţine toate imboldurile lăuntrice, pulsiunile şi instinctele. Acesta se manifestă pe baza principiului plăcerii, de satisfacere imediată a dorinţelor. *Eul* se dezvoltă pentru a satisface nevoile sinelui într-o mod acceptabil social. Acesta se manifestă, acţionează pe baza principiului realităţii. *Supraeul* reprezintă cadrul intern, individual (conştientul şi Eul ideal) al valorilor morale existente în cultura societăţii respective. El indică persoanei ce ar „trebui" sau „nu ar trebui" să facă. În multe aspecte, această parte a personalităţii este ca şi Sinele mai puţin realistă, exigenţele sale fiind atât de pretenţioase încât este imposibil de realizat. Freud consideră că aceste componente ale personalităţii sunt într-un *conflict* permanent. Eul menţine echilibrul între solicitările Sinelui, Supraeului şi realitate. Pentru aceasta, Eul elaborează o serie de mecanisme de apărare, care îi permit să se protejeze împotriva presiunilor exercitate de Sine şi Supraeu. Acestea sunt strategii inconştiente, utilizate de individ pentru a se proteja de anxietate, vină, durere etc. Indivizii diferă privind pragul de manifestare a anxietăţii şi privind mecanismele de apărare folosite pentru a face faţă acesteia. Utilizarea lor pentru a face faşă presiunilor vieţii pe termen scurt este considerată o strategie normală, iar o utilizare exagerată, pe termen lung este periculoasă, nesănătoasă.
Analiza realizată de Buckley (1995) găseşte că Freud a descris zece mecanisme de apărare: refularea, regresia, sublimarea, formaţiunea reacţională, proiecţia, întoarcerea împotriva propriei persoane, transformarea în contrariu, introiecţia sau identificarea, anularea retroactivă, izolarea.
Prezentăm, pe scurt, definiţiile acestor mecanisme de apărare:
- *refularea* (reprimarea) reprezintă eliminarea din conştient a amintirilor, sentimentelor, dorinţelor dureroase, iar individul încearcă să uite gândul sau impulsul interzis. Este mecanismul de apărare de bază al teoriei lui Freud;
- *regresia*, reprezintă manifestarea unui comportament caracteristic unui stadiu timpuriu al vieţii, lipsit de conflicte, ameninţări pentru a scăpa de situaţii stresante (ex., dorinţa de întoarcere la stadiul de copil mic la apariţia a unui nou născut în familie, sau în situaţie de boală);
- *sublimarea*, în care impulsurile neacceptate sau dorinţele frustrate sunt exprimate sau satisfăcute printr-o activitate substitutivă (ex., direcţionarea unei dorinţei de a face faţă unor greutăţi către activităţi artistice, orientarea impulsurilor agresive către o activitate sportivă);
- *formaţia reacţională* se referă la înlăturarea, suprimarea dorinţelor prin exagerarea atitudinilor şi comportamentelor, astfel încât acestea să se transforme în opusul lor;
- *proiecţia* implică atribuirea propriilor sentimente, dorinţe, către altă persoană (ex., Alţii sunt vinovaţi de situaţia în care mă aflu; afirmaţia: „Ea mă urăşte!", înseamnă „O urăsc!");
- *întoarcerea împotriva propriei persoane* se referă la refuzarea inconştientă a propriei agresivităţi, pe care o deturnează dinspre celălalt pentru a o orienta asupra propriei persoane (mecanismul se poate afla la originea unor sentimente de culpabilitate, a unei nevoi de pedepsire, a unei nevroze de eşec sau a unor tentative de autodistrugere);
- *identificarea* se referă la creşterea sentimentului valorii prin identificarea cu persoana sau instituţia care prezintă valoare;

- *transformarea în contrariu:* dorinţa nu este numai refulată, ci şi înlocuită printr-o pulsiune contrară (perechile sadism-masochism, voyeurism-exhibiţionism, care arată trecerea de la activitate la pasivitate: a produce suferinţa – a suferi şi a privi – a fi privit, precum şi transformarea iubirii în ură);
- *anularea retroactivă* este iluzia potrivit căreia un eveniment, o dorinţă, o acţiune conflictuale ar putea fi anulate graţie puterii absolute a unei acţiuni sau dorinţe ulterioare, considerată a avea un efect de distrugere retroactivă (forme: succesiunea a două formule verbale sau a două conduite diferite, a doua suprimând-o pe cea dintâi în mintea persoanei; acţiunea care posedă puterea de distrugere trebuie să fie inversul celei dintâi pentru a putea fi eficientă; o experienţă neplăcută este repetată prin inversarea rolurilor, fiind astfel anulată. Aceasta se bazează pe ambivalenţă, definită ca fiind coexistenţa a două sentimente extreme şi opuse, cel mai adesea iubire şi ostilitate faţă de aceeaşi persoană.
Adepţii teoriei lui Freud au dezvoltat mecanismele de apărare ale Eului: listele realizate de diferiţi autori descriu un număr de 43 de mecanisme de apărare.
În glosarul manualului DSM III-R sunt menţionate un număr de optsprezece mecanisme de apărare şi definiţiile aferente acestora. DSM-IV propune o scală a funcţionării defensive precum şi o fişă de evaluare. Clinicianul trebuie să alcătuiască o listă de şapte mecanisme de apărare specifice sau stiluri de coping detectate la subiectul examinat, începând cu cel mai marcant. Apoi clinicianul trebuie să indice stilul defensiv predominant, stabilit în funcţie de cele şapte niveluri de funcţionare defensivă. Evaluarea reflectă apărările sau stilurile de coping pe care pacientul le utilizează în momentul examinării, dar ţine seama şi de datele culese pentru perioada imediat anterioară evaluării. Stilul defensiv observat are o valoare predictivă importantă pentru sănătatea mintală viitoare a persoanei.
Conform teoriei lui Freud, conflictele nerezolvate determină apariţia *anxietăţii,* care se poate manifesta în: vise (considerate împliniri deghizate ale dorinţelor reprimate); tulburări nevrotice (crize acute de anxietate şi temeri iraţionale).
Prezentăm câteva dintre mecanismele tipice de apărare ale Eului propuse de psihanalişti, altele faţă de Freud, care au legătură cu problematica noastră (J. C. Coloman, 1950):
- *fantezia* se referă la satisfacerea dorinţelor frustrate prin realizări imaginare;
- *compensaţia,* reprezintă mascarea unei slăbiciuni prin accentuarea unor trăsături dorite sau acceptarea frustrării într-un anumit domeniu prin suprasatisfacerea altuia;
- *substituirea* reprezintă redirecţionarea sentimentelor sau comportamentelor către un obiect sau altă persoană, ca urmare a imposibilităţii exprimării lor în forma reală (ex., cearta cu partenerul de viaţă, în urma unui conflict avut la serviciu),
- *negarea* reprezintă refuzul de a accepta realitatea (ex., neacceptarea bolii sau a infidelităţii partenerului);
- *reprimarea* (vezi refularea), reprezintă eliminarea din conştiinţă a amintirilor, sentimentelor şi dorinţelor dureroase sau înspăimântătoare şi depozitarea lor în inconştient (uitarea motivată);
- *raţionalizarea* se referă la găsirea unei scuze rezonabile sau încercarea de a proba faptul că un comportament este raţional şi justificabil pentru o anumită acţiune ("Ar fi putut fi şi mai rău, alţii suferă mai mult decât mine"; "Sunt vinovat pentru îmbolnăvire, trebuie să suport".).
Privind *dezvoltarea personalităţii*, Freud consideră că individul trece printr-o serie de stadii, denumite de autor psihosexuale (libidinale). Stadiile sunt conturate în funcţie de caracteristicile fiecărei etape de dezvoltare a personalităţii copilului, în care libidoul (energia sexuală, plăcerea fizică) se concentrează asupra unor anumite

regiuni ale corpului: gură, anus sau zona genitală. Evoluţia satisfăcătoare a acestor etape ale copilăriei are o foarte mare influenţă asupra profilului ulterior al personalităţii adultului. Fiecare stadiu aduce cu sine o serie de probleme ce trebuie depăşite în raport cu dezvoltarea ulterioară. Eşecul în realizarea satisfăcătoare a unui anumit stadiu va avea ca rezultat *fixaţia* (stagnarea dezvoltării în stadiul respectiv). Aceasta determină menţinerea unora dintre caracteristicile stadiului respectiv şi în etapele ulterioare de dezvoltare. Cazurile mai severe de fixaţie vor conduce la apariţia nevrozelor în viaţa de adult. Vom descrie, pe scurt, stadiile psihosexuale stabilite de Freud:
- *stadiul oral* (de la naştere la 1 an): Sinele este dominant; energia libidinală este centrată asupra gurii, copilul obţinând satisfacţie prin supt şi mişcare. Aceste stadiu este împărţit în două subfaze: suptul pasiv urmată de subfaza mişcării active, agresive. Fixaţia poate fi cauzată de: suprasatisfacere sau frustrarea copilului de nevoile orale. Aceasta se poate manifesta mai târziu prin dependenţe (fumatul, alcoolismul, lăcomia, sarcasmul excesiv);
- *stadiul anal* (al doilea an de viaţă): energia libidinală se centrează asupra senzaţiilor de plăcere de la nivelul mucoaselor rectului. În această etapă copilul este capabil să-şi exercite un anumit control asupra unor funcţii ale corpului. Astfel, el poate mulţumi părinţii prin menţinerea curăţeniei, sau, din contră, nemulţumi părinţii prin murdărie. Efortul depus de părinţi pentru a-i impune o anumită igienă, constituie pentru copil un eveniment deosebit. Fixaţia rezultată din conflictul dintre copil şi părinţi în timpul instruirii igienice, poate duce la apariţia în perioada vieţii de adult fie la manifestarea unei personalităţi excesiv preocupată de curăţenie şi sistematizare (efectul expulzării), fie a unei personalităţi refractare, avare, obsesivă (efectul retenţiei);
- *stadiul falic* (3-6 ani): energia libidinală se centrează asupra organelor genitale, sentimentele devin sexuale. Freud descrie problemele caracteristice copilului de sex masculin în cadrul Conflictului Oedip: fanteziile copilului includ dorinţele unei intimităţi sexuale cu mama lui; invidiază relaţia intimă dintre tată şi mamă; se teme de pedeapsă, sub forma castrării dorinţelor sale interzise. În mod normal, conflictul se rezolvă odată ce copilul se identifică cu tatăl lui. Dezvoltarea copiilor de sex feminin este mai puţin conturată. Autorul descrie Conflictul Electra, acela în care fetiţa se consideră deja castrată, deoarece nu posedă penis şi suferă de invidie datorită lipsei acestuia. Acesta favorizează dezvoltarea unui sentiment de ataşament puternic şi de iubire faţă de tată. În final, fetiţa se identifică cu mama ei. Din aceste identificări cu părintele de acelaşi sex, rezultă următoarele consecinţe: copilul adoptă rolul de gen ce va fi urmat în viaţă; adoptă standardele morale ale părinţilor, atitudinile, şi interdicţiile împreună cu standardele morale ale societăţii; astfel, se naşte Supraeul. Fixaţia constă în nerezolvarea adecvată a conflictelor datorită unei abordări fără tact a părinţilor, iar acestea vor continua să se manifeste şi în viaţa adultă. Fixaţia din acest stadiu de dezvoltare stă la baza majorităţii nevrozelor din perioada adultă.
După acest stadiu de dezvoltare urmează *perioada de latenţă* (de la şase ani la pubertate), care este o etapă de calm relativ şi în care libidoul este slab. În această perioadă se dezvoltă Eul, în special privind deprinderile sociale şi intelectuale.
- *stadiul genital* (pubertatea), în care modificările hormonale stimulează reapariţia libidoului, se intensifică interesul pentru plăcerea sexuală, se dezvoltă atitudinile şi trăirile sexuale adulte.
Diferiţi autori aduc o serie de obiecţii teoriei lui Freud. Dintre acestea menţionăm (Eysenck şi Wilson, 1973): folosirea unui eşantion limitat, format din adulţi care

suferă de anumite tulburări de natură psihologică; folosirea metodei studiului de caz şi notarea selectivă a problemelor pacienţilor; procesele descrie nu pot fi observate în mod direct, deducţiile referitoare la comportamentul uman fiind deschise unei explicaţii alternative; supraevaluarea factorilor biologici implicaţi în dezvoltarea personalităţii; teoria nu este capabilă să prezică dezvoltarea socială a individului, ea poate fi utilizată pentru a explica ceva după producerea evenimentului; ambiguitatea multor concepte şi dificultăţi în măsurarea lor obiectivă. Teoria elaborată de Freud este apreciată pentru faptul că ea oferă o interpretare coerentă a comportamentului uman, pentru modul de gândire original şi ideile stimulatoare cuprinse.

Freud a avut mulţi adepţi, dintre aceştia ne vom referi la aspectele importante ale teoriilor lui C. G. Jung, A. Adler, E. Erikcson.

Teoria psihanalitică a lui C. G. Jung extinde conceptualizarea freudiană a inconştientului, propunând existenţa unui *inconştinet colectiv.* Autorul consideră că aşa cum organismul uman conţine structuri vechi ce au aparţinut strămoşilor şi psihicul conţine amintiri ale experienţei umane. Inconştientul colectiv nu este direct accesibil, dar este revelat prin mituri, simboluri artistice create de diferitele culturi. Acesta conţine arhetipuri, simboluri universale care revin frecvent în artă, literatură religie (de ex., Dumnezeu, Învierea, eroii din legende, vârstnicii etc.). În concepţia autorului, libidoul este în esenţă, mai degrabă, spiritual decât sexual.

Jung consideră că în dezvoltarea în personalităţii un rol important îl au factorii externi. El susţine că dezvoltarea personalităţii se realizează de-a lungul întregii vieţi şi nu este determinată de experienţa din perioada copilăriei timpurii. Autorul realizează o tipologie a personalităţii: tipul de temperament introvert (centrat pe sine însuşi) şi extravert (centrat pe lumea exterioară).

Teoria psihanalitică a lui A. Adler, care susţine faptul că cea mai importantă pulsiune umană este *nevoia de putere* şi *de superioritate.* Fără a nega existenţa motivelor inconştiente, pentru autor motivaţia apare ca fiind conştientă.

Teoria psihanalitică a lui E. Erikson (1959). Autorul consideră că Freud exagerează rolul pe care îl are sexualitatea în determinarea personalităţii, neglijând importanţa forţelor sociale care influenţează dezvoltarea. El acordă atenţie dezvoltării Ego-ului, considerând că acesta este capabil să reacţioneze independent de impulsurile instinctuale şi de conflictele interne cu Id-ul şi Superegou-ul. În condiţiile existenţei unui mediu adecvat, Ego-ul poate realiza un echilibru satisfăcător între influenţele sociale şi forţele interne.

Ca şi Freud, Erikson consideră că individul în fiecare etapă a vieţii achiziţionează aspecte noi ale psihosocialului şi se confruntă cu o serie de crize care trebuie să fie rezolvate în vederea dezvoltării unei personalităţi sănătoase. Aceste crize apar din conflictul dintre posibilităţile de relaţionare ale persoanei şi solicitările mediului social. În orice moment al dezvoltării, personalitatea este un produs al modului în care au fost rezolvate aceste conflicte. Nivelul de succes la care sunt rezolvate fiecare dintre conflicte va determina starea de bine din punctul de vedere psihologic al individului pentru un anumit moment. În teoria lui Erikson, conflictele sunt centrate pe relaţiile individului cu alţi membri. Problemele psihologice apar atunci când individul este insuficient pregătit pentru a face faţă diferitelor exigenţe ale societăţii. El susţine existenţa unor stadii psihosociale (nu psihosexuale ca Freud) pe care individul le parcurge în timpul vieţii sale. În opoziţie cu Freud, care accentua importanţa anilor copilăriei pentru viitoarea personalitate, Erikson a considerat că aceste stadii ale dezvoltării acoperă întreaga viaţă a individului, în fiecare dintre acestea individul confruntându-se cu un anumit set de probleme şi de conflicte:

- *infantil* (0-1 an) are la bază conflictul *încredere-neîncredere* (existenţa satisfacţiei şi confortului va conduce la dezvoltarea unei atitudini încrezătoare faţă de mediu şi speranţă în viitor);
- *copilăria mică* (1-3 ani) are la bază conflictul *autonomie-îndoilală, dependenţă* (provocările fizice înfruntate pot susţine încrederea sau dimpotrivă, incapacitatea);
- *copilăria mijlocie* (3-6 ani) are la bază conflictul între *iniţiativă-vinovăţie, retragere* (asumarea de responsabilităţi poate conduce la dezvoltarea simţului de iniţiativă sau de vinovăţie dacă acestea nu sunt îndeplinite, finalizate corespunzător);
- *copilăria mare* (6-12 ani) are la bază conflictul *siguranţă, eficienţă-inferioritate* (înfruntarea de noi provocări poate conduce la creşterea efortului pentru depăşirea lor sau poate dezvolta un sentiment de incapacitate, incompetenţă);
- *adolescenţa* (12-18/20 ani), constituie momentul în care trebuie rezolvat conflictul *identificare-confuzia rolului* (noile şi diferitele roluri sociale, apartenenţa la grupuri sociale diferite duce la dezvoltarea identităţii proprii, sau multitudinea de roluri poate duce la suprasolicitare);
- *tânărul adult* (20-30/35 ani) are la bază conflictul *intimitate-izolare* care se dezvoltă datorită frecvenţei relaţiilor cu alţii (capacitatea de a iubi - mutualitatea afectivă - şi de a răspunde angajamentelor faţă de ceilalţi sau relaţionarea superficială);
- *adultul* (35-50/60 ani) are la bază conflictul *realizare, creaţie-stagnare, rutină creatoare* (viaţa poate fi productivă, aduce contribuţii, responsabilitate sau este limitată, pasivă şi tendinţa de exagerare a preocupărilor faţă de sine);
- *bătrâneţea* (de la 60 de ani) are la bază conflictul *integritate-disperare* (satisfacţie pentru propria viaţă şi acceptarea morţii sau regrete pentru pierderea oportunităţilor şi teama de moarte)

Conform autorului rezolvarea conflictelor iniţiale este necesară pentru a asigura individului posibilitatea de a le stăpâni şi rezolva pe cele ulterioare.

Erikson consideră că stadiile psihosociale sunt universale, indiferent de cultura indivizilor.

Din perspectiva lui Erikson, criza centrală a întregii dezvoltări în timpul vieţii este conflictul între *identitate şi confuzia de rol*, conflict care apare în adolescenţă. Obiectivul principal al adolescentului în această perioadă este formarea unei *identităţii a Eului* sau simţul Sinelui. Conform autorului, identitatea Eului are trei componente principale: simţul unităţii (acordul între percepţiile sinelui); simţul continuităţii percepţiilor sinelui în timp; simţul reciprocităţii între propriile percepţii ale sinelui şi modul în care este perceput individul de către ceilalţi. Pentru a ajunge la un simţ clar şi coerent al identităţii, adolescenţii se implică în diferite roluri, fără a se angrena în mod concret în vreunul. Atitudinile şi valorile stabile, alegerea ocupaţiei, stilul de viaţă se integrează în mod gradual. Eşecul în dobândirea unei identităţi clare, durabile şi confortabile are ca rezultat difuziunea rolului, respectiv simţul confuziei dintre ceea ce doreşte şi cine este individul respectiv. Presiunile puternice din partea familiei sau societăţii pot determina dezorientarea şi disperarea tânărului, care au ca rezultat înstrăinarea fizică sau mintală de mediile normale. În cazurile extreme ale difuziunii rolului, tânărul poate adopta o identitate negativă. Erikson arată că femeile se dezvoltă diferit faţă de bărbaţi privind dezvoltarea identităţii. Acestea manifestă tendinţa de amânarea a dezvoltării identităţii până la găsirea partenerului de viaţă, care are un rol important în determinarea statutului lor.

11.2.2 Abordarea psihometrică Acest mod de abordare reprezintă o orientare şi nu o teorie propriu-zisă a personalităţii. Abordarea din perspectiva trăsăturilor este

legată de separarea diferitelor variabile ale personalităţii. Această abordare oferă puţine elemente în legătură cu dinamica personalităţii.

Modelul lui H. Eysenck (1979)

Autorul teoriei foloseşte metoda analizei factoriale a personalităţii şi încearcă să stabilească o legătură între rezultatele cercetărilor sale şi descrierile mai vechi ale temperamentului. Concepţia trăsăturilor de personalitate, în care se înscrie şi cercetările lui Eysenck, arată că indivizii se distribuie statistic de-a lungul unei axe introversiune-extraversiune, majoritatea lor având tendinţe specifice acestei trăsături. A doua axă corespunde nevrozismului (stabil/instabil emoţional), desemnând la Eysenck atât instabilitatea emotivă, cât şi hiperactivitatea. Indivizii care manifestă un nivel ridicat al nevrozismului sunt: foarte anxioşi; se plâng de probleme diverse (digestie, dureri de cap); au o predispoziţie către tulburări nevrotice. El susţine că aceşti factori esenţiali ai personalităţii sunt moşteniţi.

Autorul a realizat un chestionar (Inventar de Personalitate Eysenck, EPI) care măsoară aceste trăsături. S-au constatat grupuri tipice de indivizi ce se repartizează pe axele introversiei şi nevrozismului: vânzătorii care sunt indivizi extravertiţi şi puţin emotivi; funcţionarii care sunt stabili (controlaţi) emoţional, sunt mai introvertiţi; indivizii anxioşi sau isterici sunt cei care au cele mai mari scoruri la nevrozism. Autorul a pus în relaţie factorii din teoria sa cu tipologiile mai vechi; a lui Hipocrate şi Galenus, care se bazează pe ideea unei predominanţe la fiecare individ a uneia din cele patru umori fundamentale (sângele, bila galbenă, flegma, bila neagră) pentru a da cele patru caractere: sangvinic, coleric, flegmatic şi melancolic.

În tabelul de mai jos sunt prezentate principalele caracteristici ale tipurilor de personalitate evaluate de Chestionarul lui Eysenck.

INTROVERTIT INSTABIL EXTRAVERTIT

Morocănos Anxios Defensiv Pesimist Sobru Nesociabil Rezervat Liniştit ***Melancolic***	Iritabil Agitat Agresiv Excitabil Capricios Impulsiv Optimist Activ ***Coleric***
Flegmatic Pasiv Prudent Meditativ Paşnic Controlat Serios Constant Calm	***Sangvin*** Sociabil Dezinvolt Autoritar Spontan Vorbăreţ Vesel Vioi Degajat Antrenant

STABIL

Teoria lui Eysenck are meritul de a face legătura dintre personalitatea normală şi cea patologică.
Teoria este criticată pentru numărul redus de factori de personalitate, aceasta fiind considerată ca fiind mult mai complexă.
Modelul lui R. B. Cattell (1965)
Autorul cercetează personalitatea folosind asemănător lui Eysenck metoda analizei factoriale. Conform lui Cattell factorii de personalitate sunt de două categorii: interni şi externi. Cei externi formează personalitatea aparentă (acele trăsături care sunt posibil de observat de către ceilalţi). Factorii interni se află dedesubtul celor externi şi formează baza personalităţii. Autorul găseşte un număr de 16 factori interni esenţiali, pe baza cărora se poate realiza un profil al personalităţii indivizilor. El elaborează un Chestionar de personalitate (16 PF), care evaluează următoarele dimensiuni ale personalităţii: rezervat-sociabil; mai puţin inteligent-inteligent; sentimental-stabil emoţional; docil-autoritar; serios-nonşalant; expeditiv-conştiincios; timid-aventuros; dur-sensibil; încrezător-suspicios; practic-fantezist; direct-viclean sigur de sine-anxios; conservator-îngrijorat; dependent de grup-autonom; necontrolat-controlat; relaxat-încordat.
Teoria este criticată pentru faptul că tratează personalitatea ca pe un element prea static, nu ţine seama de variabilitatea comportamentului uman în diferite situaţii, nu ţine seama de faptul că oamenii se maturizează psihologic.
Modelul celor cinci factori al lui McGrae şi Costa (1987)
Între cercetători sunt controverse privind numărul factorilor de bază ai personalităţii. Soluţia reprezentată de dimensiunea a unui număr de *cinci factori de personalitate* constituie un consens între diverşi specialişti. McGrae şi Costa (1987) folosind analiza factorială asupra datelor obţinute cu ajutorul unor metode de evaluare diferite, găsesc în mod constant manifestarea următorilor factori de personalitate şi a trăsăturile lor reprezentative:
neuroticism: calm-îngrijorat; rezistent-vulnerabil; sigur-nesigur;
extraversiune: retras-sociabil; tăcut-vorbăreţ; inhibat-spontan;
deschidere: convenţional-original; temător-îndrăzneţ; conservator-liberal;
amabilitate: iritabil-amabil; insensibil-sensibil; egoist-altruist;
conştiinciozitate: nepăsător-grijuliu; neserios-de încredere; neglijent-conştiincios.

11.2.3. Abordarea umanistă

Psihologii umanişti consideră că obiectul de studiu al psihologiei ar trebui să fie *experienţa conştientă*, subiectivă a individului. Ei pun accentul pe unicitatea fiinţelor umane, pe libertatea lor de a-şi alege propriul destin. Teoria consideră că oamenii sunt orientaţi pentru atingerea propriului lor potenţial, a maximului dezvoltării personale, în cadrul propriilor limite. Printre cei mai importanţi exponenţi ai abordării umaniste a personalităţii sunt A. Maslow şi C. Rogers.
Teoria ierarhiei nevoilor a lui Maslow.
În studiul personalităţii Maslow (1954) este interesat în primul rând de motivele care îi impulsionează pe oameni. El consideră că există două tipuri de motivaţii: *datorate lipsei (de deficit)*, respectiv nevoia de reducere de tensiuni fiziologice cum sunt foamea, setea etc.; *datorate creşterii (de dezvoltare personală)*, care este legată de satisfacerea unor nevoi cum sunt cea de dragoste, de apreciere etc.
Studiind motivele persoanelor într-un număr mare de situaţii, Maslow arată că acestea au tendinţa de a se regăsi într-un pattern specific, care poate forma o ierarhie.

În raport de importanţa trebuinţelor, „piramida” lui Maslow are cinci niveluri distincte: nevoi biologice fundamentale, de securitate, de apartenenţă la un grup, de stimă şi statut social, de autorealizare. Nevoile de la baza ierarhiei (fiziologice) sunt cele mai presante, necesitând satisfacerea lor înaintea celor aflate la nivelul de vârf al ierarhiei. În opinia sa, nevoile cuprinse în această ierarhie sunt înnăscute şi prezente la toţi oamenii.
Conform autorului, motivaţia deficitară provine din nevoi primare, ca foamea, setea şi din nevoi psihologice, ca nevoia de securitate. Aceste nevoi creează o tensiune care trebuie redusă.
Creşterea sau dezvoltarea personală nu este esenţială pentru supravieţuire şi va avea loc numai în condiţiile satisfacerii nevoilor aflate la baza ierarhiei (cele fiziologice). Maslow consideră că apogeul satisfacerii nevoilor este reprezentat de motivele *realizării de sine* (autorealizare), care reprezintă nevoia persoanei de a-şi găsi împlinirea de sine şi de a-şi valorifica întregul său potenţial. Conform autorului numai 1% dintre oamenii sănătoşi ating satisfacerea nivelului superior al ierarhiei.
Modelul teoretic asupra motivaţiei propus de Maslow cunoaşte o serie de critici (E. Jantsch (1975; M. Maruyama, 1973) legate de aspectul lui static, ordinea secvenţială de satisfacere a trebuinţelor, caracterul lui cultural limitat. C. Mamali (1981), de asemenea, critică modelul teoretic al lui Maslow, subliniind caracterul lui static şi unideterminat.

Teoria lui C. Rogers (1959)

C. Rogers susţine că fiecare persoană este unică şi are o nevoie bazală, primară, de *imagine pozitivă*, respectiv de respectul şi admiraţia celorlalţi. În opinia sa, toţi oamenii se nasc cu o *tendinţă spre realizarea de sine*. În centrul teoriei lui Rogers se află c*onceptul de sine (perceput şi ideal)*, de perspectivă asupra persoanei, care este dobândit în cursul experienţei de viaţă a persoanei, prin intermediul tuturor percepţiilor, valorilor şi atitudinilor care se constituie ca *eu*. S*inele perceput* influenţează modul în care persoana percepe lumea şi propriul său comportament. *Sinele ideal* reprezintă percepţia modului în care individul ar dori sau ar trebui să fie. Rogers consideră că o parte a personalităţii umane se manifestă prin dorinţa continuă spre creştere şi dezvoltare. În acest sens, autorul susţine faptul că fiinţele umane au o necesitate fundamentală de *autoactualizare*, de a-şi dezvolta şi realiza potenţialul propriu cât mai mult posibil. Pentru Rogers, forţa motivaţională majoră este această tendinţă de realizare. Pentru că această necesitate este foarte importantă, Rogers susţine că persoana evaluează prin prisma ei toate experienţele de viaţă. Experienţele care încurajează dezvoltarea sunt percepute ca pozitive sau utile, iar cele care împiedică autoactualizarea sunt percepute ca negative sau neplăcute. Deoarece fiecare persoană are capacităţi şi tendinţe diferite, aceasta îşi elaborează propriul set de valori specifice, care pot să nu fie identice, dar care sunt, deseori, apropiate cu ale altora.
O altă necesitate a personalităţii evidenţiată de Rogers este *nevoia de preţuire.* În acest sens, autorul susţine că orice persoană are nevoie să fie preţuită de alţii, nevoie care se manifestă prin dragoste, afecţiune sau respect. Această necesitate, în unele cazuri, poate deveni atât de importantă, încât să interfereze cu nevoia de actualizare; în aceste condiţii, persoana începe să aibă probleme.
În general, cei din jur au tendinţa de a condiţiona preţuirea de un comportament adecvat. Fiecare persoană cunoaşte care sunt tipurile de comportament care pot câştiga preţuirea celorlalţi. Ideile persoanei în relaţie cu preţuirea sunt denumite *condiţii de valorizare,* ele fiind foarte importante în ghidarea comportamentului individual spre tipurile de comportament aprobate de societate. Dacă condiţiile de

valorizare impun persoanei să acţioneze pe căi opuse comportamentului de autoactualizare, dar apreciate pozitiv de către aceasta, apare ameninţarea realizării nevoii respective (de autoactualizare). Această ameninţare conduce la anxietate, deoarece persoana devine conştientă de lipsa de concordanţă dintre acţiunile şi valorile sale. Conform autorului, datorită ameninţării produse de această neconcordanţă, persoana dezvoltă mecanisme de apărare: *negarea* (refuzul admiterii existenţei discordanţei); *distorsionarea* (falsificarea sau modificarea amintirii sau experienţei neplăcute pentru ca aceasta să devină mai puţin ameninţare). Aceste mecanisme au scopul de a proteja Sinele de confruntarea cu situaţia reală. Dezvoltarea unei personalităţi sănătoase presupune inexistenţa conflictelor între condiţiile de valorare şi dorinţa de autoactualizare.
Autorul şi colaboratorii şi-au adus contribuţia în domeniul elaborării de metode de evaluare (de exemplu, *Inventarul orientării personale* destinat evaluării realizării de sine) şi cercetării psihoterapeutice.
Criticele aduse teoriei se referă la terminologia neclar definită, accentuarea stării de bine a individului.
Teoria constructelor personale a lui Kelly (1955)
Autorul teoriei consideră că scopul psihologiei trebuie să fie descoperirea acelor dimensiuni pe care persoanele în cauză le folosesc pentru a interpreta sau pentru a explica aspecte legate de ele însele sau de lumea lor socială. Kelly denumeşte aceste dimensiuni *constructe persoanle* ale individului, care constituie unitatea de bază a analizei.
Conform autorului, indivizii trebuie văzuţi ca oameni de ştiinţă care observă lumea, formulează şi testează ipoteze. Indivizii analizează comportamente, clasifică, interpretează evaluează aspecte legate de ei înşişi şi de lumea lor. Aceştia pot elabora teorii false, credinţe care pot distorsiona felul în care evaluează evenimentele, persoanele sau pe ei înşişi.
Autorul teorie elaborează un instrument original de evidenţiere ale constructelor personale specifice unui individ: Testul Repertoriului de Constructe de rol (Rep Test).
Criticii arată că atât Kelly, cât şi Rogers şi-au elaborat teoriile pornind de la observaţii făcute pe studenţi relativ sănătoşi.

11.2.4. Teoriile unidimensionale ale personalităţii

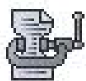
Teoriile analizate mai sus, au încercat să descrie personalitatea ca un întreg şi să formuleze predicţii asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalităţii în modelarea comportamentului:
Teoria nevoii de realizare a lui McClelland (1953)
Teoria cercetează influenţele care se manifestă asupra nevoii unei persoane de a obţine succes sau de a se situa la un nivel de excelenţă. Atkinson (1966) continuă studiile, adăugând o motivaţie asociată-teama de eşec.
Teoria locul controlului a lui Rotter (1954)
Cercetările lui Rotter s-au concentrat asupra măsurii în care o persoană se percepe ca fiind capabilă să-şi controleze propria viaţă (control intern) sau, dimpotrivă, atribuie aceasta unor factori precum noroc, soarta, altor persoane etc. (control extern). Rotter (1966) a sugerat că există diferenţe între comportamentele oamenilor în raport de percepţia locului de control. Variabila se referă la convingerile, atitudinile indivizilor privind localizarea factorilor care controlează comportamentul, conturându-se ca o

caracteristică de personalitate globală şi relativ stabilă. Acesta se referă la localizarea controlului evenimentelor: în interiorul persoanei sau în evenimentele externe. Dacă persoana are locul de control interior va fi înclinată să considere că ceea ce i se întâmplă este rezultatul propriilor eforturi. Dacă persoana are locul de control exterior va fi înclinată să perceapă că ceea ce i se întâmplă este consecinţa norocului, a situaţiei sau a unor factori fără legătură cu ea.
Pornind de la teoria nevoii de realizare (Atkinson, 1966), Rotter elaborează o scală de atitudini (Locus of Control Scale) prin care distinge persoanele care explică întăririle primite fie ca urmare a acţiunilor lor, ca fiind dependente de propriul lor comportament (control intern), fie de factori situaţi dincolo de propriul comportament (control extern). Este vorba despre explicaţiile (atribuirile) oferite de indivizi pentru a explica sursele, cauzele succesului şi eşecului. Persoanele care se consideră capabile de a exercita control asupra a ceea ce se întâmplă, vor căuta modalităţi de a face faţă evenimentelor neplăcute, sau vor încerca reducerea efectelor negative datorită producerii evenimentului. Aceste persoane rezistă, în general, mai bine la evenimentelor stresante faţă de cele cu un locul de control extern, care acceptă ceea ce li se întâmplă fără a încerca să acţioneze pentru a schimba desfăşurarea lor. De asemenea, s-a constatat că pierderea controlului este stresantă. Diferenţele individuale privind controlul se manifestă la următoarele niveluri: cognitiv (convingere privind posibilitatea de a exercita control asupra evenimentelor); preferenţial (nevoia controlului); comportamental (efortul depus pentru obţinerea controlului). Conceptul locul de control a fost relaţionat de către Rotter cu alte variabile ale personalităţii: alienarea, autonomia, competenţa, nevoia de succes.
Dezvoltarea tendinţei (interne sau externe) a locului controlului este considerată de autor ca depinzând de situaţiile obiective şi de tipul de cultură şi societate.
Teoria auto-eficienţei (self-efficacy) a lui Bandura (1977)
Bandura introduce în cercetare conceptul de auto-eficienţă care a fost pus în legătură cu teoria aşteptării şi motivaţia. Conştiinţa propriei eficienţe este legată de simţul competenţei proprii. Persoanele care au conştiinţa propriei eficienţe vor investi un efort mai mare pentru realizarea unei sarcini, faţă de cele care se autoapreciază mai scăzut din acest punct de vedere. Persoanele care au convingerea propriilor capacităţi sunt mai tenace şi depun mai mult efort în activitate (de ex. activitatea sportivă; Weinberg, Gould şi Jackson 1979).
Locul de control şi conştiinţa propriei eficienţe sunt legate de cauzele pe care persoanele le *atribuie evenimentelor*. Problema *atribuirii*, se referă la motivele prin care sunt explicate de ce se întâmplă anumite lucruri. Este apreciat faptul că tipurile de atribuiri făcute sunt importante în motivarea acţiunilor umane. Există mai multe stiluri atribuţionale care pot motiva acţiunile persoanelor.
Seligman (1975) a identificat un *stil atribuţional depresiv*: persoanele care optează întotdeauna pentru o analiză negativă a lucrurilor. Acest stil atribuţional depresiv determină persoana să simtă cu nu are puterea de a influenţa evenimentele. Autorul consideră că acest stil similar *neajutorării dobândite*, care se manifestă la animalele aflate într-o situaţie în care sunt lipsite de puterea de a preveni consecinţele neplăcute. Chiar atunci când condiţiile se modifică şi neplăcerile pot fi împiedicate, acestea nu dezvoltă o reacţie nouă. Victimele unor abuzuri fizice sau psihice de durată pot învăţa să adopte, uneori, un set de comportamente care se aseamănă cu neajutorarea dobândită. Lipsa de control asupra situaţiilor este percepută ca un factor important care determină persoanele să manifeste pasivitate la producerea

evenimentelor (de exemplu, moartea unei persoane apropiate, violurile, furturile, certurile).

Teoria personalităţii de tip A a lui Friednman şi Rosenman (1974)

Teoria cercetează un tip particular de comportament şi consecinţele acestuia. Tipul A de comportament se caracterizează prin nerăbdare, agresivitate, competitivitate şi un sentiment de urgenţă permanentă. Multe studii au evidenţiat legătura dintre acest tip de comportament şi afecţiunile coronariene.



Rezumat

Personalitatea se referă la disponibilităţile generale şi caracteristice exprimate de o persoană şi conturează identitatea ei specifică. Personalitatea se referă la forme distincte şi caracteristice de gândire, emoţionalitate şi comportament care definesc stilul personal al unui individ şi îi influenţează interacţiunile cu mediul

În acest curs am prezentat direcţiile majore de abordare ale personalităţii din următoarele perspective: psihanalitică; psihometrică; a învăţării sociale; umanistă. Fiecare dintre aceste abordări oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalităţii, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în acelaşi timp o anumită notă specifică. Majoritatea teoriilor au încercat să descrie personalitatea ca un întreg şi să formuleze predicţii asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalităţii în modelarea comportamentului. Mulţi dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de abordare, în scopul obţinerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.



Cuvinte cheie

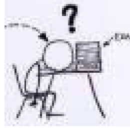
Loc de control

Compensaţia

Substituirea

Negarea

Reprimarea



Teste de autoevaluare

1. Definiţi personalitatea. (pg.62-63)
2. Prezentaţi personalitatea din perspectiva umanistă. (pg. 70-72)
3. Care sunt teoriile unidimensionale ale personalităţii. (pg. 72-74)
4. Prezentaţi modelul personalităţii după H. Eysenck. (pg. 69)



Concluzii.

În această unitate am prezentat accepţiunile şi teoriile personalităţii, iar în cursul următor vom învăţa despre structura personalităţii.

UNITATEA 12

STRUCTURA PERSONALITĂŢII

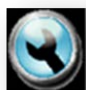
CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să cunoască structura personalităţii;
- să definească şi să caracterizeze temperamentul;
- să definească aptitudinile şi să realizeze clasificarea lor;
- să prezinte caracteristicile caracterului.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei personalităţii:
Laturile personalităţii;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

Este de două ore.



STRUCTURA PERSONALITĂŢII

În accepţiunea clasică personalitatea este alcătuită din trei componente structurale: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalităţii); aptitudinile (sistemul instrumental-operaţional); caracterul (sistemul de atitudini şi trăsături volitive).

12.1.Temperamentul

Temperamentul este latura dinamico-energetică înnăscută a personalităţii. Temperamentul se observă în manifestări ale comportamentului persoanei: în mişcare (promptitudinea, intensitatea şi durata răspunsurilor la stimuli şi solicitări, rapiditatea acţiunilor etc.), în vorbire, în gestică. Se referă la modul cum reacţionează persoana din această perspectivă în diferite situaţii: viteza de desfăşurare a proceselor psihice (rapiditatea percepţiilor, a reacţiilor motorii, a răspunsurilor verbale. De asemenea, se referă la intensitatea şi durata trăirilor emoţionale; rezistenţa la efort, la stres; echilibrul şi dinamica proceselor afective; orientarea spre lumea externă (extraversie) sau spre cea interioară (introversie). Este în strânsă legătură cu instinctele şi afectivitatea dar şi cu activitatea sistemului neuro-endocrin.
Temperamentul se referă la aspectul formal al personalităţii, nu la aceea a conţinutului, el este bazal, nespecific, neutru faţă de valorile sociale şi morale; acelaşi temperament poate exista la tipuri de personalitate diferite şi în condiţii diferite de evoluţie a acesteia. In fiecare categorie de temperament se pot întâlni atât debili mintali, cât şi inteligenţe de vârf, persoane creative şi necreative, morale dar şi amorale.
Diferite fapte de conduită (o situaţie de aşteptare, o situaţie competiţională, o activitate care implică un eveniment imprevizibil sau de o anumită dificultate) antrenează din plin activitatea sistemului nervos şi pot furniza date importante în legătură cu temperamentul persoanei confruntate cu acele situaţii.
Trăsăturile temperamentale au o mare importanţă în cadrul relaţiilor intrepersonale, ele asigurând atracţiile sau respingerile dintre indivizi.
În funcţie de concepţiile din perspectiva cărora au fost abordate şi definite, au fost elaborate diferite tipologii ale temperamentului. Acestea vor fi discutate în partea finală a capitolului.
Din punct de vedere biomedical are importanţă tipul de temperament care manifestă rezistenţă la eforturi şi stresuri şi cel care are gradul cel mai ridicat de predispunere la anumite tulburări organice sau psihice.

12.2. Aptitudinile

Acestea sunt sisteme operaţionale psiho-fizice, constituind latura instrumentală şi executivă a personalităţii. Aptitudinile se referă la potenţialul instrumental-adaptativ care permite individului realizarea într-un anumit domeniu de activitate a unei performanţe superioare mediei comune (M. Golu, 2002). Valoarea aptitudinilor trebuie pusă în legătură directă cu însuşirea operaţiilor în cadrul realizării unei sarcini sau activităţi, cu performanţa şi eficienţa desfăşurării unei activităţi. Nivelul de dezvoltare a aptitudinilor asigură competenţa într-un anumit domeniu de activitate. Pentru evaluarea cantitativă a performanţei se folosesc indicatori cum sunt: volumul sarcinilor realizate, timpul necesar realizării unei sarcini, intensitatea efortului depus etc. Pentru evaluarea calităţii performanţei se folosesc indicatori cum sunt: complexitatea sarcinii, originalitatea produsului realizat, gradul de utilitate a produsului etc.

Aptitudinile se manifestă precoce, câştigând continuu în calitatea performanţei prin intermediul antrenamentului. Ele se formează în ontogeneză (până în jurul vârstei de 9-10 ani sunt nediferenţiate, precizându-se treptat; fac excepţie aptitudinile pentru muzică şi desen). Aptitudinile se dezvoltă în funcţie de o serie de factori: condiţiile favorabile de mediu, instrucţie şi educaţie, ocupaţie. Ele au la bază anumite premise native: tip de personalitate, particularităţi ale analizatorilor, inteligenţa, dispoziţii preoperaţionale etc.) Acestea au un caracter generic, putând intra în structura unor aptitudini diferite. Ereditatea sau dispoziţiile individuale native constituie numai una din condiţiile procesului complex de formare a aptitudinilor. Pentru ca ele să se formeze şi să se dezvolte este necesară o activitate intensă, organizată în domeniul respectiv, de însuşire a unor cunoştinţe şi deprinderi adecvate.

În structura personalităţii, aptitudinile se organizează într-un complex ierarhizat şi întotdeauna original, există o structurare, o combinare particulară a lor, ce asigură o diferenţiere individuală. Orice însuşire sau proces psihic (memoria, spiritul d observaţie etc.) privit din punct de vedere al eficienţei devine aptitudine (I. Radu şi colab., 1991).

Clasificarea aptitudinilor se poate face după mai multe criterii (complexitate, specificitate etc.). În raport de criteriul *complexităţii* aptitudinile pot fi grupate în:

a) *aptitudini simple* sau elementare: acuităţi vizuale, tactile, olfactive, vedere în spaţiu, simţul ritmului, reprezentarea obiectelor, proprietăţi ale memoriei. Acestea asigură realizarea diverselor acţiuni şi condiţionează eficienţa în anumite activităţi.

b) *aptitudini complexe*: sunt aptitudini care asigură eficienţa într-un anumit domeniu de activitatea (de exemplu, aptitudinile tehnice).

În raport de criteriul *solicitării şi implicării în activitate* aptitudinile pot fi grupate în:

- *aptitudini generale*: sunt acele aptitudini care sunt solicitate în toate formele de activitate, asigurând o adaptare satisfăcătoare în condiţii de mediu diverse. Ele cuprind aptitudinile senzorio-motorii şi intelectuale. Aptitudinile sensorio-motorii sunt implicate în discriminarea, identificarea obiectelor şi în efectuarea unor acţiuni asupra lor pentru satisfacerea anumitor nevoi. Acestea sunt determinate de caracteristicile analizatorilor (acuitatea senzorială, pragurile sensibilităţii, capacitatea de procesare şi fixare a informaţiilor) şi ale aparatelor motorii (forţă, viteză, precizie). Aptitudinile intelectuale cuprind procese psihice implicate în toate formele

de activitate: spiritul de observaţie, memoria, inteligenţa, imaginaţia etc. *Inteligenţa* ocupă un loc aparte între aptitudini. Ea reprezintă capacitatea de adaptare, de înţelegere a problemelor şi fenomenelor noi, de sesizare a esenţialului, de a identifica şi stabili relaţii între obiecte şi fenomene;
- *aptitudini speciale*: sunt cele care mijlocesc eficienţa activităţii în anumite domenii de activitate. Au la bază factori specifici ai analizatorilor (vizual, auditiv), calitatea reprezentărilor, calităţi ale memoriei (formelor, verbală, numerică) calitatea imaginaţiei. Diferenţierea lor se face în raport de genul activităţii în care acestea se manifestă: artistice (literatură, muzică, pictură, teatru etc.), ştiinţifice (matematică, fizică, biologie etc.), tehnice (proiectare, producerea de sisteme tehnice etc.), sportive (atletism, gimnastică, jocul cu mingea etc.), manageriale (organizare, conducere etc.).

În general, orice activitate desfăşurată implică aptitudini generale şi speciale. Astfel, se poate vorbi despre: aptitudinea de învăţare (care presupune formarea rapidă a asociaţiilor, originalitatea raţionamentelor); aptitudinea matematică (care presupune flexibilitatea gândirii, capacitatea de generalizare, capacitate de comutare rapidă a raţionamentelor); aptitudinea pedagogică (care presupune capacitatea de a face conţinuturile şcolare accesibile celor ce învaţă, capacitate de cunoaştere şi înţelegere a celor ce învaţă, capacitate de exprimare clară, capacitate de organizare, interes de ceea ce este nou, vocabular bogat etc.).

Talentul reprezintă combinarea originală a unor aptitudini care asigură realizarea unei activităţi creatoare. Performanţele talentului se referă la coordonatele unei anumite epoci, contribuind la îmbogăţirea valorilor acesteia.

Geniul reprezintă forma cea mai elevată de structurare a sistemului de aptitudini. Performanţele geniului creează o epocă nouă într-un domeniu sau mai multe, punând bazele unui nou mod de gândire, a unui nou stil etc. (M. Golu, 2002)

Există posibilitatea de compensare a aptitudinilor prin intervenţia altor factori de personalitate, cum sunt motivaţia, atitudinea, conştiinciozitatea, efortul de voinţă.

Evaluarea aptitudinilor se realizează prin măsurarea performanţelor în îndeplinirea sarcinilor. Principalele caracteristici evaluate sunt: calitatea şi rapiditatea execuţiei, uşurinţa formării de deprinderi (rapid, fără efort) etc.

12.3. Caracterul

Caracterul (gr. Charakter = semn, marcă) reprezintă latura relaţional valorică a personalităţii. Este parte integrantă din structura persoanei, este dobândit. În descrierea caracterului unei persoane, ne desprindem de elementul eredo-constituţional şi ne adresăm conştiinţei axiologice a persoanei.

În sens larg, caracterul este modul de organizare a profilului psiho-social al personalităţii, considerat din perspectiva unor norme şi criterii valorice. El cuprinde concepţia generală despre lume şi viaţă a persoanei, convingerile şi sentimentele social-morale, aspiraţiile şi idealurile.

În sens restrâns, caracterul desemnează un ansamblu închegat de atitudini, care determină un mod relativ stabil de orientare şi raportare a omului la ceilalţi, la societate, la sine însuşi (M. Golu, 2002).

În literatură deosebim mai multe sensuri ale noţiunii de caracter:
- în sens de *"caracteristic"*, se referă la "monograma" individului, la anumite particularităţi, la stilul de viaţă al unei persoane;

- în sens *etic* (concordanţa sau discordanţa lui cu normele, principiile, modelele morale proprii societăţii), se referă la valoarea, la simţul moral (înseamnă că persoana are spirit de dreptate, fermitate, este energică, hotărâtă, principială etc.). Poate avea şi sens negativ: inconstant în conduită, indecis, slab, încalcă normele morale ale societăţii etc.;
- în sens *psihologic*, se referă la particularităţile specifice prin care o persoană se deosebeşte de alta prin semnele caracteristice ale unei individualităţi, care-i determină modul de manifestare sau de conduită, stilul de reacţie faţă de evenimentele trăite. Este vorba de unele particularităţi esenţiale, permanente care-şi pun amprenta pe faptele sale, pe conduita sa, particularităţi care formează un tot organic bine structurat în care părţile constitutive sunt în strânse raporturi reciproce.
Caracterul se manifestă numai în situaţiile de natură socială, el se structurează în interacţiunea individului cu mediul social. În formarea caracterului primează mediul social şi educaţia primită de copil de la o vârstă cât mai timpurie. Individul îşi structurează un anumit mod de raportare şi reacţie la situaţiile sociale, respectiv un anumit profil al caracterului, pe baza unor transformări în plan cognitiv, afectiv, motivaţional şi volitiv a ceea ce este semnificativ pentru el în situaţii, experienţe sociale. Modul de raportare şi reacţie la situaţii este determinat de interacţiunea nevoilor interne ale individului faţă de societate şi a solicitărilor externe, cerute de societate. Din această perspectivă, individul se poate afla în una dintre următoarele situaţii: de concordanţă cu societatea, de concordanţă parţială, de respingere reciprocă.
Structura caracterului
Caracterul rezultă din interacţiunea elementelor de natură cognitivă (concepte, reprezentări, judecăţi), afectivă (emoţii, sentimente), motivaţională (trebuinţe, interese, idealuri), voliţională (însuşiri, trăsături), care au rol în raportarea individului la ceilalţi sau la societate. În structura caracterului ponderea acestor tipuri de comportament diferă de la un individ la altul: predominarea motivaţiei personale va determina ca trăsătura „egoist” să fie mai puternică decât aceea de „altruist”; predominarea componentei afective pozitive va determina ca trăsătura de „cald” să fie mai puternică decât cea de „rece”; predominarea componentei cognitive va determina ca trăsătura „prudent” să fie mai puternică decât cea de „voluntar”.
Structura caracterului are o anumită stabilitate, astfel că unei persoane cunoscute i se poate prevedea comportamentul în diverse situaţii sociale. Comparativ cu celelalte componente ale personalităţii (de exemplu, temperamentul), această stabilitate este de nivel mai scăzut, caracterul putându-se modifica de-a lungul vieţii. Având rolul de mediere şi de reglare a raporturilor persoanei cu situaţiile sociale caracterizate printr-o variabilitate ridicată, structura caracterului trebuie să dispună de o anumită flexibilitate care să-i asigure posibilitatea ajustării, reorganizării şi adaptării la schimbarea criteriilor valorice din anumite contexte relaţionale.
Evaluarea structurii caracterului se realizează prin intermediul *trăsăturilor* Acestea sunt definite ca structuri psihice care asigură constanţa comportamentului unei persoane în diverse situaţii. Trăsătura de caracter este proprie unei persoane atunci când aceasta s-a manifestat în acelaşi mod în mai multe situaţii. În atribuirea şi evaluarea lor nu există un anumit etalon standard, acestea fiind realizate prin descrierea comportamentului observabil şi compararea interindividuală. Trăsăturile de caracter au o dinamică polară: harnic-leneş, curajos-laş, egoist-altruist etc.
Trăsăturile de caracter sunt specifice sau unice, fiecare om avându-şi modul său particular de a se manifesta.

În psihologia populară, referitor la trăsăturile sufleteşti, de conduită întâlnim expresii care se referă la diverse însuşiri caracteriale: tenace, înţelept, răbdător, sever, chibzuit, aspru, ambiţios, perseverent, certăreţ, darnic, zgârcit, bun, lacom, rău etc. Unele dintre aceste trăsături sunt încărcate de afectivitate (iertător, tolerant, abuzează etc.); altele au dominanţă voluntară (perseverent, ambiţios etc.).
În acest context, G. Allport (1981) împarte trăsăturile de personalitate în *comune*, care asigură comparaţii între persoane şi *individuale*, care diferenţiază persoanele. Trăsăturile individuale sunt de mai mute tipuri: *cardinale* (în număr de una sau două), care le controlează şi domină pe celelalte, au semnificaţie înaltă pentru individ; *principale* (în număr de 10-15), care se manifestă într-o gamă largă de situaţii şi sunt caracteristice unui individ; *secundare* şi de fond (sute, mii), care sunt slab exprimate, uneori negate şi de persoană. Astfel, profilul moral nu este o însumare de atitudini sau trăsături, ci apare ca o ierarhizare de trăsături dominante şi secundare (ex., spunem despre cineva că este sever, dar şi mândru, demn, darnic).
Trăsăturile de caracter se formează şi individualizează pe fondul interacţiunii conţinuturilor diferitelor procese psihice (cognitive, afective, motivaţionale, voliţionale) care sunt valorizate de individ şi implicate în determinarea atitudinii acestuia faţă de realitatea socială (M. Golu, 2002). Sunt delimitate trăsăturile globale (care definesc sistemul caracterial în ansamblu) şi trăsăturile particulare (care definesc semnificaţia relaţional-socială a componentelor psihice, purtând amprenta componentei psihice).
Dintre *trăsăturile globale* ale caracterului sunt evidenţiate (M. Golu, 2002):
- *unitatea*, comportamentul persoanei păstrează o anumită constanţă şi identitate în condiţiile variabilităţii situaţiilor, o anumită stabilitate în orice circumstanţe;
- *pregnanţa*, indică gradul de consolidare şi intensitate a componentelor dominante;
- *originalitatea*, indică specificitatea şi individualitatea caracterului;
- *plasticitatea,* indică posibilitatea restructurării unor elemente în raport cu noile cerinţe impuse; astfel se asigură evoluţia caracterului şi autoreglajul eficient (din această perspectivă se disting caractere conservatoare, rigide; caractere mobile şi caractere labile, la cer predomină instabilitatea, oscilaţia);
- *stabilitatea scopului*, indică gradul de integrare şi ierarhizare a motivelor care asigură orientarea generală a persoanei;
- *integritatea* (tăria), indică rezistenţa caracterului la influenţele negative, contrare convingerilor, rezistenţa la diverse tentaţii;
Mai pot fi evidenţiate trăsături ale caracterului cum sunt:
- ierarhizarea atitudinilor şi trăsăturilor (dominante, secundare):
- expresivitatea, nota distinctivă faţă de alţii prin modul diferit de dezvoltare şi îmbinare;
- bogăţia caracterului, multitudinea relaţiilor stabilite cu viaţa socială, muncă;
Fiecare individ se manifestă şi diferenţiază pe baza unor trăsături particulare. Acestea pot fi grupate după natura lor în următoarele categorii:
cognitive (obiectivitatea, spiritul critic şi opusul acestora);
afectivă (stabilitate emoţională-timiditate, sentimentalism);
motivaţională (avariţia, lăcomia şi opusele lor);
inter-subiectivă (spiritul de cooperare, de întrajutorare şi opusele lor);
morală (cinstea, demnitatea, modestia şi opusele lor);
voliţională (independenţa, perseverenţa, curajul, autocontrolul şi opusele lor) etc.
Trăsătura caracterială reprezintă poziţia, modul de raportare a persoanei faţă de evenimentele din jur. Astfel, atunci când vorbim de caracter ne referim, în primul rând, la un anumit fel de atitudini. Din punct de vedere funcţional, structura

caracterului presupune existenţa informaţiilor de control (conexiune inversă) privind efectele comportamentelor adoptate. Între structura internă a caracterului şi comportament se implică *atitudinea*, respectiv poziţia internă adoptată de persoană faţă de situaţia în care se află, cu rolul de a stabili modul în care va acţiona.
Atitudinea reprezintă o modalitate de raportare la obiecte sau fenomene, prin care persoana se orientează selectiv şi se autoreglează preferenţial. Atitudinea este o poziţie faţă de ceva, manifestată printr-un mod specific de reacţie. Ea este o sinteză de trebuinţe, interese, convingeri, sentimente, judecăţi, mecanisme voluntare care nu sunt juxtapuse ci unificate, alcătuind o structură. Atitudinea conferă un anumit sens şi o anumită coloratură comportamentului.
Atitudinea este o componentă reprezentativă a caracterului în măsura în care aceasta are o semnificaţie valorică, este întemeiată pe convingeri puternice, se manifestă în mod constant, este profund interiorizată în structura personalităţii persoanei.
Atitudinea are o structură dinamică, un echilibru evolutiv; apariţia unor noi trebuinţe, aspiraţii poate conduce la modificarea atitudinii faţă de lume. Ea este dobândită prin influenţă socială şi experienţă personală. Nivelurile de stabilitate şi integrare ale atitudinii sunt diferite la indivizi diferiţi.
În structura atitudinilor desprindem următoarele componente:
- cognitivă, rezultă din perceperea şi conceptualizarea obiectului atitudinii (baza o constituie experienţa socială şi personală);
- afectivă, se referă la atracţia (simpatia) sau repulsia (respingerea) faţă de obiecte;
- acţională, se referă la tendinţa de a reacţiona în sensul apropierii sau depărtării;
- intenţională, se referă la decizii, hotărâri ale persoanei faţă de obiecte, situaţii.
Funcţiile principale ale atitudinilor sunt:
- de valorizare, exprimă nivelul interiorizării valorilor în structura personalităţii;
- de consistenţă şi convergenţă, măsura în care atitudinea este compatibilă cu modalităţile de acţiune;
- de integrare şi ordonare a existenţei persoanei în universul social şi subiectiv;
- de acceptare, conformare şi preferinţă socială, care confirmă indicatorii de consonanţă ai echilibrului comportamentului cu mediul;
- de actualizare şi satisfacere a diferitelor trebuinţe, manifestate ca stare de necesitate a personalităţii persoanei.
Atitudinile se pot manifesta prin: gest, postură, reacţie la un eveniment, ca opinie (atitudine exprimată verbal). Ele includ ceea ce oamenii gândesc, simt şi felul cum doresc să acţioneze în raport cu un obiect, dar şi ceea ce ei trebuie să facă (normele sociale), precum şi de consecinţele aşteptate ale comportamentului (recompense, pedepse).
Caracteristicile atitudinilor posibil de evaluat sunt:
- *direcţia*: orientarea pozitivă sau negativă, favorabilă sau nefavorabilă a relaţiei cu mediul;
- *intensitatea*: nivelul de acceptanţă, neacceptanţă;
- *centralitatea*: gradul de organizare al valenţelor persoană-mediu;
- *emergenţa*: gradul de necesitate al răspunsurilor la solicitările din mediu.
Între atitudine şi manifestarea ei externă (opinie, acţiune) nu există întotdeauna o concordanţă perfectă. Disocierea între planul intern al atitudinilor şi cel extern este realizată de un mecanism de reglare care este pus în acţiune de conştiinţă. Poate să se manifeste astfel fenomenul de dedublare, exprimat fie prin conformism (deşi atitudinea este de sens contrar aşteptării sociale, opinia sau acţiunea persoanei este de concordanţă), fie prin negativism (deşi atitudinea este în concordanţă cu solicitarea

socială, opinia şi acţiunea sunt contrare fie din plăcerea de a contrazice, fie din dorinţa de a nu fi ca ceilalţi).
Atitudinile pot fi clasificate în raport de mai multe criterii:
A. *după obiectul de referinţă:*
- *atitudinile faţă de sine*, se referă la caracteristicile imaginii de sine elaborate pe baza evaluării celor din jur şi al autoevaluării. Sunt diferenţe între indivizi în raport de gradul de autoevaluare: obiectivă, realistă (spirit autocritic, încredere în sine, modestie, demnitate personală, amor propriu, etc.), care asigură o adaptare adecvată la viaţa socială; supraestimare, care induce trăsături negative cum sunt: complex de superioritate, aroganţă, dispreţ; subestimare care induc trăsături de caracter nefavorabile persoanei: complex de inferioritate, neîncredere în sine, timiditate etc.
- *atitudinile faţă de ceilalţi* (prietenie, umanism, combativitate, sociabilitate, sinceritate, încredere în oameni etc. – sau – duşmănie, egoism, minciună, neîncredere, suspiciune etc.);
- *atitudinile faţă de societate*, concordanţa sau discordanţa faţă de norme, principii, etaloane morale; atitudinea faţă de diferitele instituţii; faţă de forma de organizare politică etc.;
- *atitudinile faţă de muncă*: hărnicie, conştiinciozitate, iniţiativă, disciplină etc. – sau – lene, lipsă de iniţiativă, indisciplină etc.;
B. *după trăsături voluntare de caracter*: curaj, hotărâre, dârzenie, tenacitate, stăpânire de sine, perseverenţă etc. – sau – laşitate, delăsare, renunţare etc.
Atitudinile şi calităţile valorice asociate lor sunt corelate, interdependente, organizate la nivel diferit întru-un sistem, sau o ierarhie.



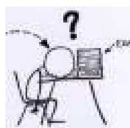
Rezumat

În acest capitol am prezentat cele trei componente structurale ale personalităţii: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalităţii); aptitudinile (sistemul instrumental-operaţional); caracterul (sistemul de atitudini şi trăsături volitive).



Cuvinte cheie

Temperament
Aptitudini
Caracter



Teste de autoevaluare

1. Definiţi temperamentul. (pg. 78)
2. Clasificaţi aptitudinile: (pg.79-80)
3. Prezentaţi structura caracterului. (pg. 80-84)


Concluzii.

În această unitate de studiu am analizat componentele de bază ale personalităţii, iar în cursul următor vom prezenta tipologiile personalităţii. Acestea grupează persoanele după anumite însuşiri asemănătoare în tipuri de personalitate.

UNITATEA 13

TIPURI DE PERSONALITATE

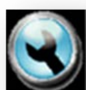
CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să-şi reamintească şi să-şi consolideze cunoştinţele referitoare la cele mai cunoscute tipologii ale personalităţii.



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei personalităţii:

- Tipologii temperamentale şi tipuri de personalitate



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

- 1. Manea M., Manea M.C., *Psihiatrie si psihopatologie*, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
- 2. Manea M. , *Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
- 3. Manea M., Manea T., *Psihologie Medicala*,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
- 4. Predescu V. , *Psihiatrie*, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

*Este de două ore***.**



TIPURI DE PERSONALITATE

În psihologie, ca în orice ştiinţă, pentru a sprijini înţelegerea şi cuprinderea unei mari diversităţi de fenomene specifice personalităţii, acestea au fost grupate după anumite însuşiri asemănătoare în tipuri.
Metoda tipologică a stat la baza apariţiei biopsiho-tipologiei – care este în esenţă – ştiinţa care cercetează, pentru fiecare individ, relaţiile între structura corpului şi profilul psihologic. Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un "prototip" al umanităţii, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate fi caracterizat, în acelaşi timp, din perspectiva mai multor tipologii.
Pornind de la ideea că, deşi utilitatea încadrării individului într-un anumit tip are anumite limite, prezentăm câteva din cele mai cunoscute tipologii.

13.1. Tipologia lui Kretschmer

Pornind de la studierea unui eşantion de 4.000 de cazuri, psihiatrul german Ernst Kretschmer a remarcat că melancolicii si maniacalii sunt în general scunzi şi plini – pe când schizofrenii sunt distanţi, indiferenţi, cu un corp înalt şi slab. Observaţiile făcute au dus la formularea unei tipologii mixte, morfo-fizico-psihologice.
Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (numite şi biotipuri), cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, "caracter" (psihotipuri).
- *tipul leptosom (biotip) – schizotim (psihotip)*, este caracterizat prin predominarea dimensiunilor verticale: longilin, subţire, înalt, cu torace îngust, membre subţiri şi lungi, cu musculatura slab dezvoltată, cap mic, oval, nas lung şi ascuţit, iar ca psihotip este mai rece, mai distant, enigmatic, indiferent sau chiar ostil faţă de mediu, cu nuanţe de bizarerie. Se diferenţiază trei subtipuri – definite în plan psihologic prin anumite trăsături: *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, sistematic) şi *anestezic*(rece, nervos, solitar, indolent, obtuz, inaccesibil pasiunilor);
- *tipul atletic (biotip) – vâscos (psihotip)*, este caracterizat printr-o formă piramidală a trunchiului cu baza mare în sus: solid, înalt, bine proporţionat, cu dezvoltare remarcabilă a scheletului şi a musculaturii, iar ca pshihotip este aparent liniştit, calm, dar cu reacţii explozive – de scurtcircuitare emoţională, adesea exagerate în raport cu stimulul declanşator.
Varianta premorbidă este epileptoidul, recunoscut pentru adezivitatea comportamentală şi pentru vâscozitatea cognitiv-afectivă;
- *tipul picnic (biotip) – ciclotim (psihotip)*, este brevilin, scund, îndesat, predomină dimensiunile orizontale, cu expansiunea unor cavităţi viscerale (craniu, torace, abdomen), aparat locomotor gracil, faţă rotundă, ten fin, tendinţă la acumulări adipoase. Ca psihotip este extravertit, volubil, sociabil, comunicativ, cu o mare mobilitate afectivă. Se descriu trei forme: hipomaniacal (vesel, mobil), sinton (realist, practic, umorist) şi greoi (pasiv, submisiv, extravert). Dincolo de aceste repere încadrate în normalitate, Kretschmer descrie şi varianta premorbidã a picnicului – ciclotim – şi anume cicloidul (accentuarea labilităţii afective, cu oscilaţii de la polul depresiv la optimism, răspuns emoţional disproporţionat faţă de intensitatea stimulului). Psihoza maniaco-depresivă reprezintă modelul patologic de

la observaţia căruia Kretschmer a descris, în sens invers, variantele normală şi premorbidă.
În afara acestor trei tipuri cu variante “normale”, Kretschmer a descris si tipul *displastic*, submorbid sau chiar morbid – în strânsă legătură cu entităţi nozografice.
Prin tipologia elaborată, Kretschmer a preluat ideile hipocratice şi galenice (leptosomul corespunde cu tipul “ftizic”, iar picnicul cu tipul “apoplectic”) şi are meritul de a fi sesizat predispoziţia faţă de unele psihoze, sub rezerva că nu toţi cei care întrunesc criteriile descrise vor face bolile respective.

13.2. Tipologia lui Sheldon

Medic şi psiholog american, W.H. Sheldon – a elaborat o clasificare a tipurilor de personalitate bazată pe gradul de dezvoltare a ţesuturilor derivate din cele trei foiţe blastodermice: endoderm, mezoderm şi ectoderm. Sheldon a pornit în studiul său de la un număr impresionant de fotografii a unor studenţi şi a concluzionat că există trei structuri fizice de bază – pe care le-a denumit somatotipuri: endomorf (plin, rotund), mezomorf (musculos) şi ectomorf (subţire şi fragil). Studiind în paralel – pe o perioadă de cinci ani, temperamentul şi caracterul a 200 de voluntari bărbaţi, a formulat o serie de corelaţii între somatotipuri şi trăsăturile de personalitate. Cu ajutorul analizei factoriale – a descris 60 de trăsături de personalitate – pe care le-a repartizat în trei serii: viscerotonie, somatotonie şi cerebrotonie.
Tipurile descrise sunt următoarele:
- *tipul endomorf – visceroton*: rotund, extravertit, sociabil, tolerant, amabil, atras de confort şi “plăcerile vieţii”, ataşat de familie şi de trecut;
- *tipul mezomorf – somatoton*: “viguros”, extraertit, mai dur, chiar agresiv, curajos, dominator, atras de aventură;
- *tipul ectomorf – cerebroton*: “fragil”, introvertit, egoist, nesigur pe sine, reţinut şi inhibat în comportament, înclinat spre activitatea simbolico-expresivă (creaţii artistice).

Sheldon a considerat că temperamentul este “amestecul” celor trei componente – viscerotonia, somatotonia si cerebrotonia, cu predominanţa uneia sau alteia.

13.3. Tipologia lui Pavlov

Având în vedere criteriile hormonale hipocratice, Pavlov realizează o tipologie bazată pe însuşirile de funcţionalitate a proceselor fundamentale (excitaţia şi inhibiţia) ale sistemului nervos: energia (forţa), echilibrul şi mobilitatea. Cele patru tipuri pavloviene corespund tipurilor stabilite de Hipocrate (coleric, sangvin, flegmatic şi melancolic).
- *tipul puternic, dezechilibrat* (corespunde colericului): este caracterizat din punct de vedere psihologic – prin rapiditatea mişcărilor, a expresiilor verbale, a proceselor intelectuale afective şi comportamentale, prin lipsă de stăpânire, explozivitate, impetuozitate; uneori poate fi tiranic, brutal;
- *tipul puternic, echilibrat, mobil*: corespunde sangvinicului şi se manifestă prin vioiciune în mişcări, adaptabilitate bună de situaţii noi, stăpânire de sine – jovial cu tendinţă la exagerare, satisfăcut de sine, cu capacitate de efort susţinut;
- *tipul puternic, echilibrat, inert* (corespunde flegmaticului): este caracterizat prin inerţia proceselor de excitaţie şi inhibiţie, are o dispoziţie egală, este calm, perseverent; prezintă încetineală în mişcări şi exprimare, mare stabilitate la nivelul

deprinderilor şi stărilor afective, o anumită lentoare şi inerţie a conduitei, rezistenţă crescută la stimuli monotoni;
- *tipul slab* (corespunde melancolicului):
are un nivel crescut de inhibiţie a proceselor corticale, este caracterizat prin sensibilitate deosebită, lipsă de energie, rezistenţă scăzută la efort şi stres, stabilitate în manifestările afective, independenţa scăzută în acţiune; în general este plictisit, abătut, trist.
Deşi experimentele cercetărilor pavloviene au fost făcute pe animale, extrapolările la om au o valoare practică recunoscută.
Trebuie făcută precizarea că, în realitate, se întâlnesc foarte rar tipuri temperamentale pure, majoritatea oamenilor prezentând particularităţi ale mai multor tipuri.

13.4. Tipologia lui Jung

C. G. Jung – psiholog şi psihiatru elveţian, discipol şi prieten al lui Freud, a fondat o teorie proprie, numită "psihologie analitică". Tipologia lui porneşte de la orientarea mentală a individului spre lumea exterioară sau spre cea interioară:
- *tipul extravertit* - cuprinde indivizi înclinaţi spre lumea externă, către dinamismul vieţii practice, şi mai puţin spre viaţa interioară. Sunt oameni uşor adaptabili la exigenţele mediului, abili în munca, vioi, expansivi, cu o deosebită capacitate de a stăpâni situaţiile care le solicită interesul. Ei îşi bazează conduita şi planurile de viaţa aşa cum le sugerează circumstanţele externe, oamenii, condiţiile sociale în care trăiesc;
- *tipul introvertit* - cuprinde indivizi orientaţi către propria viaţă interioară, având tendinţa de a se izola faţă de lumea externă, de a se închide în sine, pentru a-şi elabora propriile idei şi a se găsi în permanent contact cu sentimentele lor. Sunt reflexivi, timizi, închişi în sine, puţin abili în desfăşurarea activităţilor externe, puţin capabili să înfrunte dificultăţile vieţii;
Între cele două tipuri nu există o demarcaţie netă, ireductibilă, ci existenţa lor se constată la fiecare om, doar cu observaţia că la unii predomină extraversiunea, iar la alţii introversiunea.

13.5. Tipologia lui Heymans, Wiersma, Le Senne

În prima jumătate a secolului XX, psihologii olandezi Heymans şi Wiersma au studiat 110 biografii ale unor personaje celebre şi au desfăşurat o anchetă pe mai multe mii de persoane. Ei au constatat că numeroasele trăsături de personalitate depindeau de un anumit număr de "factori": emotivitatea, activitatea şi rezonanţa. Ulterior, în Franţa, Le Senne a preluat şi a dezvoltat această tipologie. Tipologia are în vedere următorii factori: *emotivitatea* – este sensibilitatea la evenimente externe sau interne, unele chiar banale, exprimată prin emoţii; *activitatea* – în sensul caracterologic al termenului, desemnează dispoziţia de a acţiona, uşurinţa de a trece de la idee la acţiune; r*ezonanţa* – este repercusiunea unui eveniment asupra psihicului unui individ. Efectul unui eveniment produs asupra unei persoane poate fi "primar", atunci când reacţia acesteia este imediată şi poate fi "secundar", atunci când reacţia acesteia este tardivă şi elaborată.
Cei trei "factori" în câte două variante (emotiv şi non-emotiv, activ şi non-activ, primar şi secundar) alcătuiesc chiar tipurile propuse de aceşti autori:
- *tipul nervos*: de o dispoziţie variabilă, vor să uimească şi să atragă asupra lor atenţia celorlalţi; sunt indiferenţi la obiectivitate, au nevoie să înfrumuseţeze realitatea

mergând de la minciună până la ficţiune, sunt orientaţi spre bizar, macabru, “negativ”; muncesc în ritm inegal şi după bunul lor plac;
- *tipul sentimental*: meditativi, introverţi, adesea melancolici si nemulţumiţi de sine, sunt ambiţioşii care rămân la stadiul aspiraţiei; sunt timizi, vulnerabili, scrupuloşi, orientaţi către trecut; stângaci, intră greu în relaţie cu ceilalţi şi se resemnează dinainte în faţa greutăţilor;
- *tipul pasionat*: îşi concentrează activitatea asupra unui scop unic; au o tensiune extremă a întregii personalităţi; sunt cei care se realizează; sunt dominatori, făcuţi sa comande, buni vorbitori, onorabili; când e nevoie ştiu să-şi domine şi să-şi folosească violenţa;
- *tipul coleric*: plini de vitalitate şi exuberanţă, sunt generoşi, cordiali, optimişti, dar şi lipsiţi de simţul măsurii; au o activitate febrilă, intensă, multiplă; sunt buni oratori;
- *tipul sangvinic*: extravertiţi, fac observaţii exacte, au simt practic, ştiu să manipuleze oameni, sunt optimişti, sunt plini de iniţiativă – dar pun prea mare preţ pe experienţă;
- *tipul flegmatic*: oameni ai obişnuinţelor, care respectă principiile, sunt punctuali, obiectivi, demni de încredere, ponderaţi; echilibraţi, răbdători, lipsiţi de orice afectare, cu un simţ civic pronunţat, par în general impasibili – deşi adesea au un simţ al umorului foarte dezvoltat.
- *tipul amorf*: disponibili, concilianţi, toleranţi prin indiferenţă, sunt uneori foarte încăpăţânaţi şi tenace; sunt neglijenţi, înclinaţi la lene, nepunctuali, indiferenţi faţă de trecut şi viitor;
- *tipul apatic*: închişi în ei, secretoşi, introspectivi, sumbri, taciturni, râd rar; sunt conservatori, sclavi ai obişnuinţelor, ranchiunoşi – greu de reconciliat; le place singurătatea; iubesc liniştea şi în general sunt oneşti, sinceri, onorabili.
Este caracteristic pentru această tipologie exemplificarea cu personalităţi celebre şi descrierea unor tendinţe sau predispoziţii morbide – pentru fiecare tip în parte.

13.6. Tipologia lui Schneider

Psihiatru german, Kurt Schneider a publicat în 1923 o lucrare despre personalităţile denumite de el “psihopatice”, elaborând o tipologie clinică a cărei valabilitate practică este recunoscută şi în prezent. Tipologiile descrise de Schneider sunt caracterizate de însuşi autorul lor ca fiind “personalităţi care suferă datorită anormalităţilor structurale sau care, prin anormalitatea lor, fac societatea să sufere”.
Tipurile descrise sunt:
Tipul hipertimic – denumit şi hipomaniacal – se caracterizează prin bună dispoziţie permanentă, incorigibilă prin experienţe triste, nepăsare, superficialitate, inconstanţă, excesivă siguranţă de sine;
Tipul depresiv – la polul opus hipertimicului – dar mai puţin unitar decât acesta, ascuns sub “măşti” variate, se caracterizează, în principiu, prin dispoziţie de fond tristă, pesimism, scepticism, incapacitate de a recepţiona evenimentele pozitive, plăcute, fericite, cu “apetenţă” aproape exclusiv pentru evenimentele penibile;
Tipul anankast – denumit şi obsesiv-compulsiv, se caracterizează prin nelinişte şi nesiguranţă permanente, comportament excesiv – anticipativ şi obsesivitate marcată;
Tipul fanatic – cunoscut şi sub numele de tip paranoiac, se caracterizează fundamental prin supraevaluare şi idei prevalente în scopul apărării unor principii. Tipul paranoiac este bine descris prin triada: rigiditate psihică, Eu hipertrofiat, paralogism;

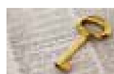
Tipul megaloman – sugestiv descris prin sintagma “pare mai mult decât este” – se caracterizează prin excentricitate, orgoliu excesiv, lăudăroşenie, mitomanie;
Tipul instabil - se caracterizează, în principal, prin marea instabilitate a dispoziţiei, labilitate comportamentală, cu asocierea frecventă a unor conduite antisociale;
Tipul exploziv - caracterizat printr-un model de reacţie “de scurtcircuit”, primitiv, violent, disproporţionat faţă de intensitatea stimulului;
Tipul apatic – recunoscut ca fiind lipsit de milă, onoare, de conştiinţă morală, brutal în comportament, incapabil de regret;
Tipul abulic – caracterizat prin lipsa voinţei, uşor de influenţat din exterior, mai ales de factori negativi, incapabili de a avea o opţiune şi o conduită proprie;
Tipul astenic – caracterizat printr-o constituţie fizică şi psihică “slabă”, prin fatigabilitate permanentă şi inexplicabilă, nesiguranţă, incertitudine.
Originea teoriilor personalităţii datorează extrem de mult medicinii, cercetătorilor practicii medicale. Pornind de la constatarea etern valabilã a lui Hipocrate, potrivit căreia “nu există boli ci numai bolnavi”, s-a conturat treptat concluzia că pentru prescrierea şi administrarea unui remediu eficient, nu e suficientă numai definirea bolii ci şi înţelegerea persoanei bolnave, în trăsăturile ei cele mai caracteristice – care îşi pun inevitabil amprenta pe configuraţia şi evoluţia bolii.
Din perspectivă strict medicală, tipologizarea poate aduce informaţii suplimentare legate de vulnerabilitate, corelaţii intraindividuale, particularităţi metabolice, dinamica relaţiilor cu mediul, funcţionalitate şi disfuncţionalitate în structura persoanei atunci când, prin profesionalism şi competenţă, medicul sesizează pentru fiecare subiect în parte, unicitatea, singularitatea, individualitatea, dincolo de oricare caracteristici comune cu un tip sau altul (V. Vlădut, G. Paşca).
Procesul de formare a personalităţii depinde în mare măsură de condiţiile de educaţie şi instrucţie (prin intermediul familiei şi şcolii), precum şi de condiţiile culturale ale mediului în care se dezvoltă.
Fiecare etapă de dezvoltare este caracterizată prin evenimente şi crize pe care copilul şi, mai târziu, adolescentul trebuie să le parcurgă şi să le soluţioneze împreună cu familia sa. De aceea este necesar ca intervenţia părinţilor să fie echilibrată, unitară, convergentă, perfect modulată între permisivitate şi severitate.
În esenţă, mecanismele patogenice derivate din viaţa familială pot fi:
- carenţa afectivă şi dezechilibrul permanent al familiei;
- “modele comportamentale” parentale alterate, tulburări de personalitate sau chiar afectarea stării de sănătate mintală a părinţilor;
- atitudini educative extreme, excesiv permisive sau dimpotrivă, rigide, cu accentuarea sistemului punitiv (maltratarea copilului). Atitudinile educative neadaptate particularităţilor temperamentale ale copilului pot fi, de asemenea, nocive; conflictele familiale, cu probleme existenţiale: sărăcie, rivalitate între soţi, alcoolism cronic, părinţi divorţaţi etc. (V. Vladuţă, G. Paşca).
Sistemul de motivaţii şi valori se consolidează în şcoală într-o manieră complementară educaţiei intrafamiliale.
Nuanţarea metodelor de formare a unor atitudini sănătoase se face în funcţie de etapele de dezvoltare (jocul – în perioada preşcolară, dezvoltarea sentimentului propriei identităţi – la pubertate şi adolescenţă – pentru a preîntâmpina “crizele de identitate”, dezvoltarea unui sentiment bine definit al moralităţii prin care superego-ul devine capabil să se schimbe şi să se adapteze la situaţii noi de viaţă).
În dezvoltarea personalităţii – un rol important îl ocupă influenţa culturii mediului din care provine individul. Se considerã că personalitatea modală este personalitatea tipică pentru cultura unei populaţii delimitate şi că o personalitate normală este cea

care se apropie cel mai mult de personalitatea modală a acelei culturi. Deşi trăsăturile bazale ale personalităţii au un caracter universal, diferenţele transculturale duc la modificări consistente ale acestora.



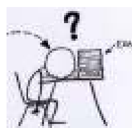
Rezumat

În această unitate de studiu am prezentat cele mai cunoscute tipologii ale personalităţii.
Cunoaşterea tipului de personalitate este importantă pentru psihologul clinician, întrucât factorii de personalitate influenţează relaţia terapeutică, complianţa la tratament, mecanismele de coping cu boala şi vulnerabilitatea la stres.
La sfârşitul acestui curs am prezentat rolul factorilor familiali, educaţionali şi culturali în formarea personalităţii, alături de ereditate şi factorii sociali.



Cuvinte cheie

Introvertit
Extravertit



Teste de autoevaluare

1. Prezentaţi tipologia lui Kretschmer. (pg. 88-89)
2. Indicaţi tipurile de personalitate psihopatică conform tipologiei lui Schneider. (pg.91-92)



Concluzii.

Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un "prototip" al umanităţii, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate să fie caracterizat, în acelaşi timp, din perspectiva mai multor tipologii.

UNITATEA 14

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

CUPRINS



Obiective

La sfârşitul acestei prelegeri, studentul va putea :

- să definească tulburările de personalitate;
- să prezinte clasificarea tulburărilor de personalitate conform ICD X şi DSM IV TR;
- să cunoască tablourile clinice ale tulburărilor de personalitate specifice;



Cunoştinţe preliminare

Cunoştinţe în domeniul psihologiei personalităţii:

- Structura personalităţii;
- Tipologia personalităţii;
- Factorii care contribuie la dezvoltarea personalităţii;



Resurse necesare şi recomandări de studiu.

Resurse bibliografice obligatorii:

1. „Personality Disorders” in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV), American Psychiatric Association,Waschington, DC, 1994.
2. Manea M., Manea M.C., “*Psihiatrie si psihopatologie*”, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
3. Manea M. , “*Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*”, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
4. Manea M., Manea T., “Psihologie Medicala“,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
5. Sadock, B.J.; Sadock, V.A., - *Kaplan & Sadock - Manual de buzunar de Psihiatrie Clinică*, Ediţia a 3-a , tradusă şi adaptată de Liga Română de Sănătate Mintală şi Dr. Lucian C. Alexandrescu ,Editura medicală, Bucureşti ,2001
6. Tudose, F., *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed Fundaţia România de Mâine, Bucureşti, 2007.

7. World Health Organization, The ICD X Classification af Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.



Durata medie de parcurgere a unităţii de studiu

Este de două ore.



TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

14.1. Definirea tulburărilor de personalitate

- ***Tulburările de personalitate*** constituie modele adânc înrădăcinate şi durabile de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil de la cerinţele culturii individului şi se manifestă în cel puţin două din următoarele domenii: cunoaştere, afectivitate, funcţionare interpersonală ori control al impulsului.
- Aceste modele inflexibile şi dezadaptative de comportament, conduc la o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare.
- Nu sunt determinate de o altă tulburare mentală, nu se datorează consumului de substanţe (drog, medicament sau toxic) sau unei condiţii medicale

14.2. Clasificarea tulburărilor de personalitate

Tulburări specifice ale personalităţii conform ICD X

- F60.0- Tulburarea de personalitate paranoidă
- F60.1- Tulburarea de personalitate schizoidă
- F60.2- Tulburarea de personalitate dissocială
- F60.3- Tulburarea de personalitate emoţional-instabilă
- .30 de tip impulsiv
- .31 de tip borderline
- F60.4- Tulburarea de personalitate histrionică
- F60.5- Tulburarea de personalitate anankastă
- F60.6- Tulburarea de personalitate anxioasă (evitantă)
- F60.7- Tulburarea de personalitate dependentă

Tulburări specifice ale personalităţii conform DSM IV TR

Tulburările de personalitate sunt împărţite în trei grupe pe baza similitudinilor descriptive:

Tulburările de personalitate din grupa A

Tulburare de personalitate paranoidă
Tulburare de personalitate schizoidă
Tulburare de personalitate schizotipală

Indivizii cu tulburări de personalitate din grupa A au în comun faptul că apar adesea ca bizari sau excentrici

Tulburările de personalitate din grupa B

Tulburarea de personalitate antisocială
Tulburare de personalitate borderline
Tulburare de personalitate histrionică
Tulburare de personalitate narcisistică

Indivizii cu aceste tulburări apar adesea ca teatrali, emoţionali ori extravaganţi.

Tulburările de personalitate din grupa C

Tulburare de personalitate evitantă
Tulburare de personalitate dependentă
Tulburare de personalitate obsesivo- compulsivă

Indivizii cu aceste tulburări apar adesea ca anxiosi si fricoşi

Tulburare de personalitate fără altă specificaţie

Această categorie este rezervată tulburărilor de personalitate care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare de personalitate specifică.

Un exemplu în acest sens îl constituie prezenţa de trăsături care aparţin mai multor tulburări de personalitate specifice şi care creează o deteriorare în funcţionarea socială, familială şi profesională, dar care nu satisfac complet criteriile pentru nici o tulburare de personalitate specifică (tulburare de personalitate mixtă).

Această categorie poate fi utilizată, de asemenea, când clinicianul consideră că o tulburare de personalitate specifică neinclusă în clasificare, este adecvată. Exemplele includ tulburarea de personalitate depresivă si tulburarea de personalitate pasiv-agresivă.

Tulburări de personalitate în curs de validare

Tulburarea de personalitate depresivă
Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (tulburarea de personalitate negativistă)

14. 3. Tulburarea de personalitate de tip paranoid

- pattern de neîncredere şi suspiciune faţă de alţii, prezent într-o varietate de contexte;
- intenţiile altora sunt interpretate ca răuvoitoare;
- citeşte intenţii degradante sau ameninţătoare în remarci sau evenimente benigne;
- sensibilitate excesivă faţă de eşecuri sau înfrângeri;
- tendinţa de a purta ranchiună permanent, de a nu ierta ofensele, insultele şi desconsiderarea;
- percepe atacuri la persoană sau la reputaţia sa, care nu sunt evidente altora si este prompt în a acţiona coleros sau în a contraataca;
- tendinţa către o stimă de sine excesivă şi atitudine persistentă de referinţă faţă de sine însuşi;
- nevoia de a fi recunoscut, apreciat şi preţuit

14. 4. Tulburarea de personalitate schizoidă

- detaşare de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare a emoţiilor în situaţii interpersonale;
- nici nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţii strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii;
- alege aproape întotdeauna activităţile solitare;
- îi plac puţine ori nu-i plac nici un fel de activităţi;
- lipsa amicilor sau confidenţilor apropiaţi, alţii decât rude de gradul I;
- pare a fi indiferent la criticile sau laudele altora;
- prezintă răceală emoţională, detaşare, capacitate limitată de a exprima căldură şi sentimente tandre;
- preocupări excesive pentru fantezii şi introspecţie

14.5. Tulburarea de personalitate dissocială (antisocială)

- Există un pattern pervasiv de desconsiderare şi violare a drepturilor altora apărând din adolescenţă, fiind caracterizat de următoarele:
- incapacitate de a se conforma normelor sociale;
- dispreţuire a regulilor şi convenţiilor sociale;
- comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;
- incorectitudine, indicată de minţitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală;
- nepăsare faţă de sentimentele celorlalţi;
- lipsa de remuşcare şi incapacitatea de a trăi sentimentul de vină pentru suferinţa produsă altora;
- Incapacitatea de a învăţa din experienţele sale negative;
- Impulsivitate, agresivitate, chiar violenţă;

- neglijenţă pentru siguranţa sa sau a altora;
- incapacitate de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-si onora obligaţiile financiare;
- comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.

14.6. Tulburarea de personalitate emoţional-instabilă

- Se caracterizează prin tendinţa marcată de a acţiona impulsiv, fără a lua în considerare consecinţele, însoţită de instabilitate emoţională.

Conform ICD X există două subtipuri ale acestei tulburări de personalitate:

a) de tip impulsiv

- manifestări impulsive;
- explozii de furie ca urmare a criticilor altora;
- acte coleroase, violente care pot avea implicaţii medico-legale;

b) de tip borderline

- instabilitate emoţională;
- imagine de sine, preferinţe şi ţeluri neclare;
- sentimentul de vid interior;
- relaţii interpersonale intense şi schimbătoare;
- intoleranţa solitudinii;
- eforturi excesive de a preveni abandonarea;
- tentative de suicid şi acte de autovătămare repetate

14.7. Tulburarea de personalitate histrionică

- Un pattern pervasiv de căutare a atenţie şi de a-i impresiona pe ceilalţi;
- Expresie teatrală, auto-dramatizare şi exagerare a emoţiilor;
- Seducţie inadecvată în comportament sau înfăţişare;
- Persoana nu se simte bine în situaţiile în care nu se află în centrul atenţiei;
- Afectivitate labilă şi superficială;
- Are un stil de a vorbi metaforic, impresionabil şi tendinţa de a dramatiza conţinutul comunicării;
- Sugestibilitate crescută, fiind uşor de influenţat de alţii sau de circumstanţe,
- Consideră relaţiile a fi mai intime decât sunt în realitate

14. 8. Tulburarea de personalitate anankastă (obsesiv-compulsivă)

- Sentimente excesive de îndoială şi prudenţă;
- Indecizie şi dificultăţi de deliberare;
- Preocupare pentru detalii, liste, reguli, ordine şi organizare;
- Perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;
- Conştiinciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate;
- Intoleranţă faţă de compromis şi corupţie;
- Aderenţă la convenţiile sociale;
- Rigiditate şi încăpăţânare;
- Insistenţă nerezonabilă a persoanei ca ceilalţi să respecte modul său de a acţiona;
- Intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente şi supărătoare;

14.9. Tulburarea de personalitate anxioasă (evitantă*)*

- Sentimente persistente şi generale de tensiune şi îngrijorare;
- Convingerea că este incapabil social, neatractiv sau inferior celorlalţi;
- Preocupare excesivă privind criticile sau respingerea pe plan social;
- Evită relaţiile cu oamenii, dacă nu este sigur că este agreat;
- Evită activităţile sociale sau profesionale care implică relaţii interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, ridiculizat sau respins;
- Subestimarea însuşirilor şi disponibilităţilor personale;
- Dorinţa de a fi simpatizat şi acceptat

14. 10. Tulburarea de personalitate dependentă

- Autostimă redusă cu subestimarea calităţilor proprii;
- Încurajarea şi autorizarea altora de a lua decizii importante în numele său;
- Subordonarea nevoilor personale faţă de nevoile celor de care este dependent;
- Supunere exagerată faţă de persoanele de care este dependent;
- Preocupare şi teamă de a nu fi abandonat de către persoana cu care are o relaţie strânsă;
- Se simte prost dispus şi neajutorat când este singur din cauza fricii că este incapabil să se descurce în diferite situaţii;
- Capacitate limitată de a lua decizii fără sfaturi şi asigurări din partea altora;

14.11. Tulburarea de personalitate schizotipală

- Comportament excentric, distorsiuni cognitive şi de percepţie începând precoce în perioada adultă;
- Tendinţă spre retragere socială;
- Gândire magică sau credinţe stranii care influenţează comportamentul şi sunt incompatibile cu normele culturale (de ex., superstiţii, credinţă în clarviziune, telepatie ori în cel de al „şaselea simţ"; la copii şi adolescenţi, fantezii şi preocupări bizare);
- Experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale;
- gândire şi limbaj bizar (de ex., limbaj vag, circumstanţial, metaforic, foarte elaborat sau stereotip);
- Suspiciune sau ideaţie paranoidă;
- Rece şi distant afectiv;
- Comportament sau aspect bizar, excentric sau particular;
- Lipsă de amici sau confidenţi apropiaţi, alţii decât rude de gradul l;
- Anxietate socială excesivă care nu diminuă odată cu familiarizarea si tinde a fi asociată mai curând cu temeri paranoide decât cu judecăţi negative despre sine.

Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice, ori al unei tulburări de dezvoltare.

14.12. Tulburarea de personalitate narcisică

- Grandoare (în fantezie şi comportament), necesitatea de admiraţie si lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte,
- Îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări corespunzătoare;
- Este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumuseţe sau amor ideal;
- Crede că este „aparte" şi unic şi poate fi înţeles numai de alţi oameni speciali ori cu statut social înalt;
- Necesită admiraţie excesivă;
- Este exploatator în relaţiile interpersonale, adică profită de alţii spre a-şi atinge propriile scopuri;
- Este adesea invidios pe alţii sau crede că alţii sunt invidioşi pe el;
- Prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

14.13. Tulburarea de personalitate depresivă

Cogniţii si comportamente depresive începând precoce în perioada adultă;
Dispoziţia este dominată de tristeţe, disperare, dezgust, dezolare, nefericire;
Convingeri de insuficienţă personală, inutilitate si stimă de sine scăzută;
Atitudine critică, acuzatoare şi depreciativă faţă de sine;
Este ruminativ şi dispus la aprehensiune;
Este negativist, critic şi intransigent faţă de alţii;
Este pesimist;
Este înclinat spre sentimente de culpă sau remuşcare.
Nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore si nu este explicată mai bine de tulburarea distimică.

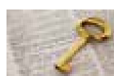
14.14. Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă

Atitudini negativiste şi de rezistenţă pasivă la cererile de performanţă adecvată, începând precoce în perioada adultă, manifestate într-o varietate de contexte.
Se opune pasiv îndeplinirii sarcinilor sociale şi profesionale de rutină;
Se plânge că nu este înţeles şi apreciat de alţii;
Este sumbru şi certăreţ;
Critică şi dispreţuieşte fără motiv autoritatea;
Îşi exprimă invidia şi resentimentele faţă de cei evident mai prosperi;
Îşi exprimă în mod exagerat şi persistent acuzele de neşansă personală;
Alternează între sfidare ostilă şi penitenţă.
Nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore şi nu este explicată mai bine de tulburarea distimică



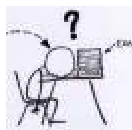
Rezumat

Tulburările de personalitate constituie modele adânc înrădăcinate şi durabile de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil de la cerinţele culturii individului şi se manifestă în cel puţin două din următoarele domenii: cunoaştere, afectivitate, funcţionare interpersonală ori control al impulsului.
Aceste modele inflexibile şi dezadaptative de comportament, conduc la o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare.
În acest curs am prezentat clasificările tulburărilor de personalitate şi trăsăturile lor specifice.



Cuvinte cheie

Tulburare de personalitate



Teste de autoevaluare

1. Definiţi tulburările de personalitate. (pg.)
2. Prezentaţi clasificarea tulburărilor de personalitate. (pg.)
3. Descrieţi tabloul clinic al tulburării de personalitate paranoidă. (pg.)



Concluzii.

În această prelegere am definit, clasificat şi prezentat tulburările de personalitate.

GLOSAR DE SPECIALITATE

Agnozie	reprezintă un defect de integrare gnozică (transformare a excitaţiei în senzaţie şi a acesteia în imagine perceptivă) datorită leziunii centrilor de integrare; pierderea capacităţii de a recunoaşte obiectele după calităţile lor senzoriale.
Agitaţie psihomotorie	forma extremă de exacerbare a conduitei activităţii motorii, care are etiologie polimorfă şi are un caracter dezordonat, cu lipsă de scop şi eficienţă.
Aptitudini	se referă la potenţialul instrumental-adaptativ care permite individului realizarea într-un anumit domeniu de activitate a unei performanţe superioare mediei comune
Atimia	scăderea marcată a capacităţii de rezonanţă afectivă, inexpresivitate mimico-pantomimică.
Baraj motor	oprirea bruscă a oricărei mişcări
Caracter	reprezintă latura relaţional valorică a personalităţii, care determină un mod relativ stabil de orientare şi raportare a omului la ceilalţi, la societate;
Catatonie	sindrom complex care cuprinde sugestibilitatea, negativismul şi stereotipiile,dar pe primul plan se află tulburările comportamentului motor.
Cenestopatie	senzaţie cu caracter migrator, fără suport organic;
Compensaţia,	reprezintă mascarea unei slăbiciuni prin accentuarea unor trăsături dorite
Criptomnezie	nerecunoaşterea ca fiind străin a unui material citit sau auzit şi pe care îl consideră propriu.
Disabulia	dificultatea de a trece la o acţiune sau de a sfârşi o acţiune începută, însoţită de perplexitate şi cu o notă afectivă negativă.
Disfazii	se referă la pierderea totală sau parţială a facultăţii de a vorbi şi de a înţelege limbajul articulat.
Disimulaţie	ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli
Dislalii	tulburări de pronunţie a unor sunete, silabe sau cuvinte;
Dislogii	sunt tulburări de limbaj consecutive modificărilor de formă şi de conţinut ale gândirii;
Dismnezii	tulburări cantitative sau calitative de memorie.
Ecmnezie	tulburare globală de memorie, cu întoarcerea întregii personalităţi în trecut.
Extravertit -ă *adj*	(*Despre oameni*) Caracterizat prin proiectarea tendinţelor psihice interioare asupra lumii din afară; deschis, sociabil B19 [Var. *extrovertit,*

Fading motor	diminuarea mobilităţii până la dispariţia oricărui gest sau acţiuni.
Halucinaţie	reprezintă percepţii fără obiect de perceput (H. Ey).
Hiperestezie	scăderea pragului senzorial ce determină o creştere a sensibilităţii la stimulii externi.
Hiperprosexia	creşterea concentrării şi exagerarea orientării selective a atenţiei.
Hipertimia	trăire afectivă puternică (pozitivă sau negativă) cu expresivitate intensă
Hipoestezie	ridicarea pragului senzorial astfel încât are loc o scădere a receptivităţii la diverşi stimuli.
Hipoprosexia	diminuarea atenţiei;
Hipotimia	scădere în grade diferite a tensiunii afective, cu expresivitate mimică redusă
Idei delirante	convingeri care pleacă de la premise false, reflectă deformat realitatea, au caracter stabil, sunt inabordabile la verificări şi experienţe, impenetrabile la contraargumente şi care determină comportamente inadecvate.
Idei obsesive	idei care vin de la periferia psihismului, asediază gândirea, se impun conştiinţei, au caracter parazitar, iar persoana le recunoaşte caracterul patologic şi încearcă să le îndepărteze din minte..
Idei prevalente	idei cu potenţialitate delirantă, care ocupă o poziţie centrală în câmpul conştiinţei, fiind în concordanţă cu sistemul ideativ al insului, dar în neconcordanţa cu realitatea şi care uneori sunt înlăturate prin contraargumente raţionale.
Iluzie	percepţia deformată a unor obiecte sau fenomene existente în realitate
Introvertit, -ă, *introvertiţi, -te,* adj	Despre oameni) Care este concentrat sau obsedat de propriile trăiri interioare. – Din fr. **introverti.**
Loc de control	atribuirea unei cauzalităţi interne sau externe evenimentelor.
Metasimulaţie	pacientul refăcut după o boală persevereazǎ în acuzele sale anterioare;
Negarea	refuzul de a accepta realitatea
Obnubilare	orientare incompletă şi dificilă în spaţiul imediat, bradipsihie, bradikinezie, informaţii vagi despre propria persoană;
Obtuzie	imprecizie, dificultăţi asociative, pierderea mobilităţii ideative
Parabulia	insuficienţa voliţională însoţită sau determinată de anumite dorinţe, pulsiuni sau acte paralele

Paramnezii	tulburări calitative de memorie care constau în amintiri deformate, false fie sub aspectul desfăşurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă.
Paratimii	reacţii afective aberante şi inadecvate, paradoxale faţă de motive, situaţii sau evenimente.
Reprimarea	eliminarea din conştiinţă a amintirilor, sentimentelor şi dorinţelor dureroase sau înspăimântătoare şi depozitarea lor în inconştient;
Simulaţie	falsificarea adevărului în privinţa stării de sănătate, de obicei pentru a obţine un avantaj;
Stare crepusculară	îngustarea câmpului clarităţii conştiinţei în diferite grade, cu debut şi sfârşit brusc, menţin automatismele motorii, cu posibilitatea de efectuare a unor acte complexe.
Stupoare	imobilitate completă, pacienţii devin inerţi, nu răspund solicitărilor din afară sau răspund foarte greu cu o mimică împietrită sau inexpresivă.
Substituirea	reprezintă redirecţionarea sentimentelor sau comportamentelor către un obiect sau altă persoană, ca urmare a imposibilităţii exprimării lor în forma reală
Suprasimulaţie	amplificarea simptomatologiei unei afecţiuni somatice sau psihice preexistente;
Temperament	este latura dinamico-energetică înnăscută a personalităţii, care se referă la viteza reacţiilor motorii, a răspunsurilor verbale, la intensitatea şi durata trăirilor emoţionale;
Tulburare de personalitate	model inflexibil şi dezadaptativ de comportament, care conduce la o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional şi familial.

Bibliografie:

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV), American Psychiatric Association,Waschington, DC, 1994.
2. Enăchescu, C. „*Tratat de psihopatologie*”, Ed . Tehnică, Bucureşti, 2001.
3. Ionescu G. *Psihiatria clinică standardizată şi codificată*. Editura Univers Enciclopedic Bucureşti 2000.
4. Manea M., Manea M.C., “*Psihiatrie si psihopatologie*”, Ed. Renaissance, Bucuresti, 2011.
5. Manea M. , “*Psihiatrie si psihopatologie pentru psihologi*”, Ed. Universitatii Titu Maiorescu, Bucuresti, 2008.
6. Manea M., Manea T., “Psihologie Medicala“,Ed. Tehnica, Bucuresti, 2004.
7. Predescu V. , Psihiatrie, vol 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
8. Sadock, B.J.; Sadock, V.A., - *Kaplan & Sadock - Manual de buzunar de Psihiatrie Clinică*, Ediţia a 3-a , tradusă şi adaptată de Liga Română de Sănătate Mintală şi Dr. Lucian C. Alexandrescu ,Editura medicală, Bucureşti ,2001
9. Tudose, F., *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed Fundaţia România de Mâine, Bucureşti, 2007.
10. World Health Organization, The ICD X Classification af Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.

.